

Marro 4/71

TRATADO
DE
PATOLOGÍA INTERNA
Y TERAPÉUTICA,

POR
F. NIEMEYER,

PROFESOR DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS EN LA UNIVERSIDAD DE JENINGA.

Traducido al francés bajo la dirección del autor, de la séptima y última edición alemana,

Y VERTIDO AL CASTELLANO

POR

DON ENRIQUE SIMANCAS Y LARSÉ,

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUJÍA.

12986 (Fey 1847)

Cuaderno 22

MADRID. — 1870.

IMPRESA DE SANTOS LARRE.

calle del Rio, núm. 24, entresuelo.

L47
1053

TRATADO

PATOLOGIA INTERNA

Y TERAPIA

Y NIEMÉYER

CON ENRIQUE SIMANAS Y LARSEN

1881 (1881)

Güldenstedt

elevada y la humedad, el desarrollo de organismos inferiores que téngan entre sí una diferencia específica, cuando vemos que las mismas influencias favorecen el desarrollo de especies distintas, de plantas y animales de un orden superior?

Tambien se ha acusado á los enfriamientos, á los chaparrones recibidos sobre el cuerpo descubierto, al uso de las frutas verdes y otras causas nocivas, de ocasionar la disentería, siendo indudable que los individuos expuestos á la accion de las causas que acabamos de citar, contraen la enfermedad más fácilmente que otros. No obstante, la infeccion por el virus específico es la única causa de la enfermedad de que nos ocupamos, y el papel que juegan estos agentes nocivos en la etiología de la disentería es exclusivamente el de hacer al organismo más asequible á la accion del virus, ó en otros términos, de aumentar la *pre-disposicion* á la disentería.

§. II.—Anatomía patológica.

Las modificaciones anatómicas que se encuentran al practicar la autopsia de individuos muertos de disentería, ofrecen el prototipo de la inflamacion diftérica. Los sitios enfermos de la mucosa están infiltrados de una exudacion rica en fibrina, mortificados, y convertidos en escaras por efecto de la compresion que sobre los vasos nutricios de la mucosa ha ejercido la exudacion. Cuando cae la escara, se encuentra en el punto correspondiente una pérdida de sustancia de la mucosa. Segun que esta pérdida de sustancia es superficial y poco extensa, ó penetra en las partes profundas y se extiende á grandes superficies, las destrucciones producidas por el proceso disentérico son ó no susceptibles de una completa reparacion. Solamente en el primer caso puede recuperar el intestino su estado anterior, mientras que en el segundo queda sobre el sitio destruido de la mucosa un tejido cicatricial calloso que con frecuencia produce una estrechez intestinal.

En los grados *más ligeros* de la disentería se encuentra la

mucosa del intestino grueso de color rojo oscuro, sobre todo en el vértice de los pliegues que se dirigen hácia el interior. Además de esta rubicundez debida á inyecciones y equimosis, está infiltrada la mucosa por una exudacion blanda, gris blanquecina, que comprende la capa epitelial. La mucosa parece cubierta en estos casos de una capa furfurácea en los puntos enfermos; pero cuando se levanta esta con el mango del escalpelo queda una pérdida de sustancia superficial, que prueba que la exudacion no ha sido simplemente superpuesta á la mucosa, sino que ha penetrado en su tejido. El tejido conjuntivo submucoso está infiltrado de serosidad y tumefacto. La serosa parece opaca y privada de su brillo por el edema. Esta modificacion se encuentra de preferencia, y por lo geueeral exclusivamente, en el intestino grueso, siendo casi una excepcion que el proceso disentérico se propague tambien á las partes inferiores del intestino delgado.—En el *segundo grado* de la disentería se ven extensas superficies de la pared interna cubiertas de costras grises blanquecinas, unas veces simplemente glutinosas, y otras más consistentes y membranosas; estas costras no se dejan arrancar fácilmente y arrastran consigo la mucosa. Cuando son eliminadas queda al descubierto el tejido conjuntivo submucoso. Toda la pared intestinal aparece considerablemente aumentada de espesor por el intenso edema del tejido submucoso, de la túnica muscular y de la serosa, pero existiendo sobre todo algunos puntos que corresponden á las islas y bandas formadas por la exudacion, que se presentan hinchadas hasta el punto de formar prominencias abolladas en la superficie interna del intestino. La túnica serosa del intestino grueso toma ordinariamente parte en la inflamacion, se presenta cubierta de una débil capa de fibrina, y se encuentra por este motivo pegada á las partes vecinas. El intestino enfermo está considerablemente dilatado y lleno de masas epiteliales, fragmentos de exudacion y de un líquido muy rico en albúmina, más ó ménos mezclado con sangre; por lo general no encierran materias fecales.—En el *tercer grado*, el más grave de to-

dos, está la mucosa, segun Rokitansky, degenerada en una gran extension, en una masa negra friable, fácil de desgarrar y como carbonizada, que algunas veces se elimina más tarde y es expulsada bajo la forma de fragmentos tubulados; el tejido submucoso se presenta empapado de una masa de sangre carbonizada y de un líquido sero sanguinolento, ó está, por el contrario, más pálido, y la sangre contenida en sus vasos trasformada en una masa negra, compacta y pulverulenta por efecto de una reaccion inflamatoria desarrollada en las capas sanas situadas más profundamente, y que tiende á eliminar las partes mortificadas. La túnica peritoneal presenta un color grisáceo, completamente falto de brillo, está inyectada de trecho en trecho por vasos capilares muy dilatados y tapizada de una exudacion por lo general negruzca, que se funde en un líquido icoroso. La porcion enferma del intestino, que contiene un líquido pardo negruzco semejante á los posos de café, de una fetidez horrible, se halla en un estado de dilatacion pasiva ó aplastado sobre sí mismo, y despues de una duracion algo larga del proceso, se presenta la túnica muscular encogida, pálida, de color terroso y fácil de desgarrar.

Los ganglios del mesocolon correspondiente á la porcion enferma del intestino son más ó ménos ricos en sangre; están tumefactos y relajados. El hígado está congestionado, y en la disentería grave de los países cálidos es con frecuencia asiento de inflamaciones supurativas, que sin duda se explican por la sanies icorosa y los trombus que las venas del intestino conducen al punto enfermo del hígado.

Si no ha ocurrido la muerte en el punto culminante de la enfermedad, se extingue el proceso disentérico, ó queda una inflamacion lenta (disentería crónica) que tambien arrebatata tardíamente buen número de individuos. En el primer caso, los bordes de las pérdidas de sustancia son aproximados entre sí por el tejido conjuntivo que se forma en su base, y que se retrae poco á poco, hasta que terminan por tocarse, lo cual sucede siempre que la pérdida de sustancia no es muy grande. En

tales casos se producen unas veces, como en la curacion de las úlceras del estómago, estrecheces del intestino, mientras que en otros se conserva el diámetro de este tubo. Cuando la pérdida de sustancia es muy grande, no se tocan sus bordes, y se encuentran sitios más ó ménos extensos en que la superficie interna del intestino está cubierta, no por la mucosa, sino por el tejido cicatricial que ha venido á reemplazarla. Este último forma con frecuencia, segun la excelente descripcion de Rokitansky, bridas y bandas fibrosas, constituyendo en el interior del intestino rebordes prominentes, que se cruzan en diversos sentidos unos á otros, y suelen avanzarse en el interior bajo la forma de repliegues valvulares ó anulares, lo que da lugar á una estrechez del colon de una especie particular.—Cuando la afeccion intestinal sigue una marcha crónica sin tendencia á la curacion, se trasforman las pérdidas de sustancia en úlceras crónicas, desarrollándose además en el intestino aquella modificacion que anteriormente hemos descrito bajo el nombre de ulceracion folicular. Así, en la mucosa engrosada y muy pigmentada forman los folículos inflamados úlceras, al principio redondas y más tarde anfractuosas; algunas veces se produce tambien en el tejido submucoso condensado abscesos y trayectos fistulosos, que terminan por perforar la musculosa y ocasionar una peritonitis ó abscesos al rededor del recto.

§. III.—Síntomas y marcha.

La invasion de la enfermedad es algunas veces precedida de prodromos que duran muchos dias, y los cuales consisten en un desórden vago del estado general y un desarreglo de la digestion que se traduce por la inapetencia, la sed, cólicos ligeros y cierta disposicion á la diarrea.—Rara vez es señalado el principio de la enfermedad por un escalofrío, no siendo tampoco muy comun observar al principio horripilaciones y otros fenómenos febriles. En la mayor parte de los casos principia, por el contrario, la disenteria por una diarrea muy benigna al

parecer, que da salida á materias fecales sin carácter sospechoso, no siendo todavía acompañada de ese tenesmo que constituye en periodos posteriores un síntoma tan molesto, ó bien presentando solo ligeros indicios de él. Pero á medida que las cámaras diarréicas se repiten y suceden más de cerca, los cólicos (*tormina ventris*), esos dolores abdominales que principian algun tiempo antes de cada evacuacion, y se exasperan hasta un grado insufrible momentos antes de la expulsion de las materias, se hacen más violentos y tenaces. La evacuacion misma es acompañada de una presion extraordinariamente molesta y dolorosa sobre el recto, á la cual acompaña frecuentemente un tenesmo vesical. A pesar de la violencia y gran duracion de estos pujos, arrojan los enfermos escasas cantidades de materias, no ya fecales, sino mucosas, grisáceas (dysenteria blanca), ó moco-sanguinolentas (dysenteria roja), y aun algunas veces sangre pura. En algunos casos salen de vez en cuando unas pelotas duras al mismo tiempo que estas materias mucosas ó moco-sanguinolentas. Inmediatamente despues de haber hecho la deposicion se siente aliviado el enfermo, no experimentando dolor sino cuando se ejerce una fuerte presion sobre el vientre, y sobre todo en la region del colon; pero bien pronto, á veces á los pocos minutos, vuelven á presentarse los cólicos; el enfermo se retuerce y gime, y cuando los dolores llegan á su mayor grado de intensidad, vuelve á presentarse el tenesmo, terminándose tambien por deyecciones dysentéricas de un olor empalagoso y poco abundantes. Esta escena puede repetirse 20 ó 30 veces, ó más todavía, en el espacio de veinticuatro horas. En el curso de la enfermedad, constantemente se agregan á los demás síntomas, fenómenos febriles, que en ocasiones faltan en el principio.

Si la afeccion intestinal es de una intensidad moderada, la fiebre tiene un carácter erético ó sinocal; el pulso tiene una mediana frecuencia, es lleno y duro. Pero en los grados mayores de la enfermedad adquiere desde el principio la fiebre un carácter asténico, se vuelve pequeño el pulso y llega su fre-

cuencia hasta un grado considerable. Según la naturaleza de la fiebre se ha distinguido la disentería en inflamatoria, adinámica, pútrida ó tifoidea. Estas categorías corresponden con bastante exactitud á los diversos grados de la disentería que hemos descrito en el párrafo segundo. Aun el primer grado de la enfermedad, es decir, en los casos *más leves*, son fuertemente estenuados los enfermos por la abundante pérdida de albúmina, los dolores y el insomnio; adquieren un tinte pálido, el pulso al principio lleno se vuelve pequeño, se afecta la parte moral del enfermo y la laxitud y el abatimiento llegan á grande altura. Si se filtran las deyecciones y se trata por el ácido nítrico el líquido filtrado, se reconoce, hasta en los casos en que las deyecciones no presentan más que un reflejo amarillo y no dejan percibir al microscopio sino algunos escasos glóbulos sanguíneos, que el líquido filtrado contiene albúmina en tan grande proporción, que casi todo el contenido del tubo de ensayo se coagula. Esta considerable pérdida de albúmina nos explica también por qué, hasta en los casos en que la enfermedad sigue la marcha más benigna, y en los cuales en el espacio de cuatro ú ocho días disminuyen ó desaparecen lentamente los cólicos y el tenesmo, y en que se ve, por fin, desde el primero ó al principio del segundo septenario recobrar las materias evacuadas su carácter fecal, porque decimos, aun en estos casos, es casi siempre muy larga la convalecencia. La composición de la sangre de un individuo convaleciente de disentería es muy análoga, como lo hace con mucha razón notar Schmidt, á la de un individuo atacado de enfermedad de Bright, y mi experiencia personal me permite confirmar las observaciones, según las cuales generalmente se desarrolla con mucha más facilidad una hidropesía en la convalecencia de ligeros accesos de disentería, que después de otras enfermedades de igual duración. En el *segundo grado* de la disentería, las evacuaciones se repiten con muy cortos intervalos; los cólicos no cesan, por decirlo así, y se exasperan por momentos hasta un grado insufrible, estando el vientre sensible aun á la más li-

gera presión. El tenesmo, á su vez, es más tenaz y molesto que en los grados más leves de la enfermedad. Las deyecciones contienen mucha sangre, numerosos copos y fragmentos de tejido, y algunas veces masas coherentes bastante extensas. También hay muchos casos en que sale sangre pura, en cantidad más ó ménos grande. El pulso es frecuente y lleno en los primeros días de la enfermedad, y más adelante llega su frecuencia á un grado muy elevado mientras que su amplitud disminuye, por lo general, muy rápidamente. A esto debe añadirse una grave perturbación del estado general, una completa inapetencia, una lengua seca, una depresión profunda física y moral, y con frecuencia, alguna alteración del conocimiento y ligeros delirios.

Si la enfermedad debe terminarse felizmente, disminuyen con lentitud los fenómenos, se hacen cada vez mayores los intervalos que entre las diferentes evacuaciones median, recobran las deyecciones su color moreno y su olor fecal; los pedazos de epitelio y la exudación siguen saliendo mezclados por más ó ménos tiempo todavía, y disminuye su contenido sanguíneo; el pulso se levanta, la lengua se pone más húmeda y el conocimiento más despejado; pero siempre es muy larga la convalecencia, y aun en los casos más favorables pasan algunas semanas antes de que pueda el enfermo salir de la cama.— Cuando la enfermedad debe terminarse por la muerte, se hace cada vez más pequeño el pulso, aumenta la apatía, se pierde el conocimiento, no acusan ya los enfermos tenesmo ni dolores, se presenta una incontinencia vesical y rectal, y sucumbe el enfermo como en otras enfermedades rápidamente consuntivas, en medio de los fenómenos de una parálisis general.— Cuando la enfermedad pasa de la forma aguda á la crónica, cosa muy común en los grados elevados de la disentería, desaparece la fiebre y se ve desarrollarse el cuadro morbozo que corresponde á la ulceración folicular del intestino. Ordinariamente alterna la diarrea con el estreñimiento; algunas veces salen excrementos normales, á los cuales se adhieren materias moco-sangui-

nolentas ó purulentas, mientras que en otros casos no arroja el enfermo más que un líquido puriforme, ó sea el producto de la mucosa ulcerada; enflaquecen los enfermos considerablemente, y terminan por sucumbir en un estado de caquexia que ha durado meses enteros, reducidos á un marasmo y por lo general hidrópicos. En fin, en los casos en que las pérdidas de sustancia se cicatrizan, dejando en su lugar una estrechez cicatricial, á los síntomas de la disenteria crónica suceden los de la estrechez del intestino. Atormenta al enfermo para todo el resto de su vida una constipacion habitual y variados trastornos, que por lo general se relacionan con esta anomalía. Investigando detenidamente las condiciones etiológicas que forman la base de una afeccion intestinal muy rebelde y de mucha duracion, no es raro que haya necesidad de llegar á una disenteria grave, sufrida algunos ó muchos años antes. —En el *tercer grado de la disenteria, forma pútrida ó séptica* de los autores, el principio de la enfermedad corresponde al cuadro antes descrito; pero bien pronto toman las deyecciones un color moreno rojizo ó negruzco, y exhalan un olor cadavérico; bastante á menudo salen mezclados con ellas grandes fragmentos negros y gangrenados de la mucosa. El pulso se vuelve pronto muy pequeño y muy frecuente, y se enfrian las extremidades en tanto que el tronco tiene un calor quemante; los enfermos se postran, se altera su fisonomía, se cubren de una costra seca la lengua y las encías, y sufre un profundo trastorno el conocimiento. Los cólicos y los pujos cesan desde los primeros dias, y salen involuntariamente materias grisáceas muy líquidas y fétidas, á causa de la relajacion del esfínter, erosionando las partes con quienes se ponen en contacto. En estos casos se ve muchas veces acompañar á los síntomas de la adinamia, los de una diatesis hemorrágica aguda, como hemorragias por la nariz, petequias, etc. En la disenteria séptica pueden los enfermos sucumbir desde los primeros dias, y la terminacion feliz de esta forma de la enfermedad, que reina epidémicamente en los campamentos, en las ciudades sitiadas ó colocadas en

otras condiciones desfavorables, debe considerarse como una excepción. Algunas veces, pero no muchas, se ha visto sucumbir á una peritonis ó una puohemia individuos atacados del segundo y tercer grado de disenteria; en los países cálidos es probable que un número bastante considerable de enfermos sucumba tardíamente de abscesos del hígado desarrollados durante la enfermedad.

§ IV.—Tratamiento.

Exige ante todo la *profilaxia* que se haga desaparecer hasta donde sea posible las condiciones, que segun lo que hasta hoy se sabe, favorecen la formación y reproducción del virus disentérico; las medidas que pueden conducirnos á este resultado son, con arreglo á los hechos que en el párrafo I hemos citado, ó aquellas de que al hablar de la profilaxia de la fiebre intermitente nos ocupamos, ó aquellas otras que hemos mencionado hablando de la profilaxia del tifus y del cólera.—Como probablemente las deyecciones de los individuos disentéricos son las que representan los vehículos del virus reproducido en el organismo infectado, la profilaxia exige tambien que los orinales, lavativas, etc., que han servido para los disentéricos, no sean jamás usados por otras personas, y que tampoco se viertan las deyecciones de los individuos disentéricos en las letrinas comunes, sino en pozos especiales, desinfectándolas con sulfato de hierro.—En fin, pide la profilaxia que todos los agentes nocivos que aumentan la predisposición á la disenteria haciendo al cuerpo más accesible á la acción del virus, sean evitados con precaucion. Si bien es verdad que nadie contrae la disenteria por comer frutas verdes ó dormir sobre la tierra húmeda, etc., á ménos que al mismo tiempo se exponga á la acción del virus disentérico, no es ménos cierto que cuando reina una epidemia de disenteria favorecen estas imprudencias el desarrollo de la enfermedad.

En el tratamiento de la disenteria nos es imposible llenar

la indicacion causal y la de la enfermedad, supuesto que no conocemos remedio ninguno específico que pueda neutralizar, á manera de antídoto, la accion del virus. Se ha abandonado con razon la idea de cortar la disentería por medidas violentas, tales como sangrias, vomitivos, purgantes enérgicos, el opio á altas dosis, etc., tendiendo hoy todos los esfuerzos á llenar la *indicacion sintomática*. Mas el tratamiento sintomático de la disenteria no permite esperar felices resultados mientras no estemos plenamente convencidos de que la diarrea, los cólicos, el tenesmo y todos los demás fenómenos morbosos dependen de la inflamacion diftérica de la mucosa intestinal. Si se pierde de vista esta consideracion, si, por ejemplo, se administran preparados de opio con el objeto de cortar la diarrea, aun en los casos en que se acumulan masas fecales duras por encima de la parte inflamada del intestino, no hace más que agravarse el mal, supuesto que las masas fecales, acumuladas y en via de descomposicion, bastan por sí solas para provocar una inflamacion diftérica del intestino. En los *grados ligeros* de la disenteria conviene principiar el tratamiento por la administracion de un laxante suave, tal como el aceite de ricino ó el cocimiento de tamarindos, repitiéndose esta prescripcion siempre que las deyecciones se presenten uno ó dos dias seguidos sin contener materias fecales. La razon de esta manera de obrar se desprende de cuanto antes hemos dicho. Unicamente en los casos en que el estómago está lleno de alimentos no digeridos, conviene prescribir al principio de la enfermedad un vomitivo, compuesto de ipecacuana sin mezcla de tártaro estibiado. Aun en los grados más leves de la disentería, debe el enfermo guardar constantemente cama, abstenerse de tomar alimentos sólidos, y tomar por única alimentacion sopas. Si es robusto y vigoroso, puede bastarle una sopa algo sustanciosa; si, por el contrario, es débil y anémico, conviene atender ante todo á la conservacion de las fuerzas y mandarle que tome tazas de buen caldo. Casi todos los enfermos sienten algun alivio por la aplicacion de cataplasmas calientes sobre el abdómen. Si los cóli-

cos son muy violentos y no ceden á las cataplasmas, ó bien si el vientre está sumamente sensible á la presion, presta excelentes servicios una aplicacion de sanguijuelas al vientre (10 ó 20 para los adultos) sobre todo cuando se ha cuidado de que fluyan por algun tiempo las cisuras debajo de la cataplasma. Al interior se administra una emulsion, y por la noche una dosis moderada de opio. En unos casos de disenteria ligera basta este tratamiento, pero en otros aumenta la diarrea á pesar de aquel, que tampoco impide que los cólicos y el tenesmo se hagan más violentos, ni que la fiebre adquiera mayor intensidad. En estos casos, como tambien en el *segundo grado de la disenteria*, en el cual están casi siempre indicadas las sangrias locales, el remedio que más confianza merece es los calomelanos asociados al opio. Generalmente se da cada dos horas 5 centigramos de calomelanos con medio centígramo de opio, y creo que este método, sobre todo cuando además se da por la noche 25 ó 50 centigramos de polvos de Dower, es preñable á las fuertes dosis de calomelanos (50 ó 60 centigramos), que tambien se han recomendado. Si el uso continuo de los calomelanos provoca la salivacion, deben suspenderse y prescribir el opio solo bajo la forma de tintura, en un vehículo mucilaginoso ó en una infusion de ipecacuana. Tambien para estos casos precisamente se ha preconizado administrar una combinacion de opio y de acetato de plomo. Pero siempre considero útil administrar, además de las pequeñas dosis de opio distribuidas en el dia, una dosis mayor por la noche. Si este tratamiento no es eficaz, debe todavia esperarse ménos de la administracion interna del nitrato de plata y de los astringentes vegetales, sobre todo del tanino. A la aplicacion de estos dos últimos remedios en forma de lavativas, elogiados por muchos autores, se oponen, segun mi experiencia, el violento tenesmo y la gran dificultad que este ocasiona para hacer penetrar la inyeccion, así como la fatal influencia que sobre el tenesmo ejercen, la irritacion producida por el instrumento, por grandes que sean las precauciones que se ten-

gan para introducirle, y el medicamento mismo inyectado. Es preciso, además, que los enemas sean abundantes, si se quiere que el medicamento se ponga en contacto con toda la superficie enferma; el contenido de una lavativa ordinaria, casi no pasa más allá del recto.—En la disentería del *tercer grado*, por lo general, no sirve tratamiento ninguno. La gran postracion de los enfermos y la inminencia de la parálisis general, prohíben las emisiones sanguíneas, así como los calomelanos asociados al opio, debiendo limitarnos á procurar sostener todo lo posible, por medio de medicamentos tónicos y estimulantes, las fuerzas de los enfermos, y á prevenir la parálisis general. Contra la *disentería crónica* el remedio que más confianza merece, sobre todo cuando ya ha disminuido el tenesmo, son las lavativas compuestas de una disolucion de nitrato de plata ó de sulfato de zinc. Si no hay aglomeracion de materias fecales por encima de la parte enferma, ó si se han evacuado sustancias fecales al mismo tiempo que las materias mucosas ó moco-sanguinolentas, puede tambien administrarse los astringentes al interior, y en estos casos administro el catecú (10 gramos por 100 de agua y 20 de goma arábica; una cucharada cada dos horas) que prefiero al tanino y al nitrato de plata, los cuales dudo mucho lleguen, bajo una forma eficaz, al intestino grueso.—Si la disentería deja tras sí estrecheces intestinales, debe tratársela segun las reglas anteriormente indicadas.

CAPITULO XIV.

ENFERMEDAD DE LOS TRIQUINOS.—TRIQUINOSIS.

Podria preguntarse en qué division de la patología especial debe colocarse la triquinosis: si debe estudiársela al tratar de las enfermedades de los órganos gastro-intestinales, que son el asiento primitivo de la enfermedad, ó bien al hablar de las en-

fermedades de los órganos del movimiento, y en particular de los músculos adonde inmigran los triquinos despues de abandonar el tubo intestinal, ó bien, en fin, entre las enfermedades infectivas. He determinado en esta edicion colocar la triquinosis entre las enfermedades infectivas, á causa de sentirme más decidido todavía que en las ediciones anteriores á admitir una penetracion de organismos inferiores en la economía, como causa primera de estas enfermedades. En esta afeccion nadie puede dudar que la enfermedad es debida á la influencia de una sustancia contagiante viva. Sus síntomas propios ofrecen la mayor semejanza con los de las enfermedades infectivas, cuya analogía se extiende hasta el período de incubacion que la triquinosis presenta como ellas. Podria casi darse un paso más, y decir que el nombre de enfermedad infectiva corresponde con mucho más derecho que á ninguna otra, á la triquinosis.

§. I.—Patogenia y etiología.

Ya hace más de veinte años que en las autopsias de ciertos individuos, solia de vez en cuando encontrarse en los músculos unos puntitos blancos en innumerable cantidad, los cuales al microscopio se presentaban formados de pequeños quistes que en su interior contenian un gusanillo filiforme arrollado en espiral. En este gusano, el *trichina spiralis*, era imposible descubrir órganos sexuales, ignorándose por completo de dónde provenia, cómo habia penetrado en los músculos y si era susceptible de un desarrollo ulterior. En el tomo II (véase capítulo *Helmintiasis*) tuvimos ocasion de decir que la opinion de que el triquina muscular no representaba sino la primera fase de desarrollo del *tricocefalus dispar*, se habia visto que era errónea. Los ensayos hechos por diferentes observadores, especialmente por Virchow y Leuckart, que alimentaban animales con carne cargada de triquinos, han probado que los *triquinos musculares* se ponen en libertad en el estómago é intestinos de aquellos animales, durante la digestion de la carne en que

estaban contenidos, adquieren entonces en pocos días una longitud de tres á cuatro milímetros, y se trasforman en *triquinos intestinales* machos y hembras perfectamente caracterizados. En el cuerpo de las hembras, que son mucho más numerosas y dos terceras partes mayores que los machos, se forma una innumerable cantidad de huevos, y en estos, nuevos séres que á los cinco ú ocho días principian á escaparse vivos del cuerpo de la madre y á moverse libremente en las mucosidades intestinales. Bien pronto la nueva cria de los triquinos intestinales perfora la pared del intestino y llega en parte á la cavidad peritoneal, mientras que otra parte, encaminándose por entre las hojas del mesenterio llega hasta la columna vertebral, y desde aquí al diafragma, á los músculos del abdómen, y siguiendo las bandas de tejido conjuntivo intermuscular, á todos los demás músculos del cuerpo. El número de triquinos que verifica esta inmigracion es enorme. En la extremidad de la porcion carnosa del músculo, allí donde principian los tendones, es donde se les encuentra acumulados en mayor cantidad, á causa probablemente de que en estos puntos no pueden continuar su camino con tanta facilidad. Los triquinos procuran especialmente penetrar en los músculos de los lomos, en el diafragma, en los músculos intercostales, y en los músculos del cuello, así como en los del ojo y la laringe. En las extremidades puede admitirse como ley general, que cuanto más se alejen del tronco, ménos triquinos se encuentran en los músculos (Reny). Nunca, por lo ménos en el hombre, parecen penetrar los triquinos en los músculos cardiacos. La emigracion de los triquinos provoca una miositis parenquimatosa é intersticial. Los triquinos libres en vías de emigracion, que terminan por adquirir una longitud de cerca de un tercio de línea, no son perceptibles á simple vista. En el punto donde se fijan definitivamente, la irritacion que sobre los tejidos inmediatos ejercen determina una hipergenesis del sarcolema, dando lugar á la produccion de una cápsula que tiene la forma de un huevo ó más bien la de un limon. Esta cápsula se condensa despues, se depositan so-

bre ella sales calizas y constituyen los triquinos musculares, encerrados de este modo en una cápsula incrustada de sales calcáreas, que puede reconocerse á simple vista. La formacion de una cápsula completa no puede terminarse en ménos de dos meses.

La *etiología* de la triquinosis en los animales es muy oscura. Seria muy útil é interesante para la práctica saber de dónde proceden los triquinos de los *cerdos*. Es probable que estos animales los adquieran principal ó exclusivamente por comer *ratones* infectados de triquinos. Todo el mundo sabe que es muy frecuente coman los cerdos ratones muertos ó vivos, siendo tambien un hecho positivo que los ratones, no solamente padecen con frecuencia la triquinosis, sino que hasta sucumben de esta enfermedad.

En el hombre, la triquinosis procede únicamente del uso de la carne de cerdo atacado de triquinos. Corren un grave riesgo las personas que comen esta carne cruda; así, vemos manifestarse la enfermedad en ellos con más frecuencia y bajo formas más graves que en los demás. Sucede más á menudo, que sin estar cruda la carne de puerco se consume condimentada de una manera que no basta para matar los triquinos que contiene. Es muy cierto, por ejemplo, que una carne cocida ó asada, que atravesada por un corte no deja por ningun punto de la superficie de seccion salir un jugo rojo y sanguinolento, y la punta del tenedor puede penetrar por todas partes sin percibir esa sensacion de crugido particular que caracteriza á la carne imperfectamente cocida, que una carne semejante, decimos, no contiene ya triquinos vivos. Pero pueden muy bien existir estos animales en un asado de cerdo, cuyas capas exteriores solamente han sido expuestas á una temperatura suficientemente elevada para destruirlos con seguridad (70° centigrados), mientras que las partes interiores no han sufrido una temperatura tan elevada y han conservado un aspecto sanguinolento, así como una dureza y consistencia especiales. De la misma manera sucede, que en los pequeños pedazos de carne asada en par-

rillas y en las diferentes especies de embutidos expuestos por poco tiempo á una temperatura elevada, quedan vivos los triquinos que existen lejos de la superficie. De resultas de haber comido carne ahumada, salchichon, longaniza, morcillas, albóndigas y otras preparaciones análogas, sobre todo, es cuando más á menudo se ha observado el envenenamiento por los triquinos. La prolongada salazon de la carne de cerdo, sin adición de agua, mata todos los triquinos hasta en los pedazos de gran volúmen de carne; por el contrario, en la carne salada que sólo ha permanecido poco tiempo en una disolucion salina poco concentrada, pueden quedar vivos numerosos triquinos. Todos los métodos del ahumado sólo matan los triquinos que se hallan muy próximos á la superficie. El ahumado que ofrece ménos garantías es el que se llama rápido, que consiste en rodear los jamones de ácido piroleñoso ó cubrirles de creosota, para despues exponerles por muy poco tiempo al humo, y hasta economizando muchas veces esta operacion. Con mucha frecuencia se ha observado envenenamientos por los triquinos en individuos que habian comido jamon crudo ó alguna de las diferentes especies de salchichon preparado con la carne cruda. Si varias veces se ha visto comer sin inconveniente carne ahumada que contenia triquinos, es porque esta carne habia sido sometida á una salazon prolongada y bien hecha, de suerte que los triquinos eran muertos antes del ahumado, ó bien porque la carne habia sido conservada por largo tiempo y desecada completamente, lo cual hace tambien perecer los triquinos. Si hasta ahora no se han observado en Francia y en el Sud de Alemania más que muy pocos triquinos capsulados y un caso solo de envenenamiento agudo por los triquinos, es simplemente debido á que en estas comarcas se tiene cierta aversion á la carne cruda, por más que esté salada y ahumada.

Como los individuos que introducen en su cuerpo triquinos vivos no todos caen igualmente enfermos, y como el grado de la afeccion está lejos de corresponder siempre al número de los triquinos tragados, puede decirse que existe en los individuos

una predisposicion más ó ménos grande á la triquinosis. Sin embargo, las condiciones de que depende esta disposicion morbosa más ó ménos pronunciada, no son hasta ahora conocidas. Todo cuanto puede afirmarse es que debe depender del estado de la mucosa gastro-intestinal, ó de la naturaleza de las materias contenidas en el estómago y el intestino; así como tambien, la aparicion de una violenta diarrea consecutiva al uso de carne triquinosa, y que expulsa rápidamente los fragmentos no digeridos de ésta con los triquinos que contiene, debe ser considerada como una condicion favorable. La infancia goza de cierta inmunidad respecto á los triquinos. Es lo cierto que los niños resisten al envenenamiento por estos séres, del cual, á la verdad, no están libres, con mucha más facilidad que las personas adultas, lo cual tal vez sea exclusivamente debido á que parte de la carne que comen atraviesa su tuvo digestivo sin ser digerida.

§. II.—Anatomía patológica.

Al practicar la autopsia de *animales* muertos espontáneamente, ó fallecidos en las primeras semanas que siguen al envenenamiento por los triquinos, suelen encontrarse, aparte de los numerosos triquinos intestinales y otros más jóvenes musculares estacionados ya en los músculos, las lesiones correspondientes á la enteritis y á la peritonitis. Por el contrario, en el *hombre* muerto en las primeras semanas que han seguido á un envenenamiento por los triquinos, no se encuentran jamás derrames ni en el intestino ni en el peritoneo, sino exclusivamente los signos de un catarro intestinal más ó ménos intenso, y un infarto más ó ménos considerable de los ganglios mesentéricos. Esta diferencia puede tal vez explicarse por la circunstancia de que cuando quiere envenenarse á un animal por los triquinos, ordinariamente se le ingieren estos animalillos en mucha mayor cantidad de la que son tragados por el hombre que se envenena accidentalmente, y por consiguiente la emigracion de los mismos triquinos adquiere muchas más

grandes proporciones en este animal, y de aquí resulta una lesión más intensa de la pared intestinal que en el hombre accidentalmente envenenado. Desde la quinta semana se perciben en los músculos los signos evidentes de la inflamación intersticial y parenquimatosa provocada por la presencia de los triquinos, bajo la forma de estrias finas de color rojo grisáceo. El exámen microscópico de estos sitios prueba que las fibrillas musculares se hallan reducidas á un detritus granuloso, mientras que el tejido conjuntivo intersticial se encuentra aumentado por una hipergénesis reciente. El número de triquinos musculares es tanto más grande y más vasta su extensión, cuanto más ha durado la enfermedad. En los casos prolongados se encuentran también los músculos de las extremidades, poblados de triquinos. Esta circunstancia, y el hecho experimental de que hasta en la sétima y octava semana suelen todavía encontrarse triquinos intestinales vivos, hacen suponer que los triquinos intestinales hacen, no sólo una, sino varias crias sucesivas, y que por consiguiente se verifican también varias emigraciones hácia los músculos. Las *demás modificaciones* que se encuentran en los cadáveres de los individuos que han sucumbido á la triquinosis, no tienen nada de constante ni patognomónico, sino que se *asemejan á las que se encuentran también después de otras enfermedades acompañadas de fiebre intensa y de una deperdición rápida*. Ni aun los músculos ofrecen, según Cohnheim, nada de constante ni característico, salvo las anomalías ya mencionadas y un estado duro y tenaz; por el contrario, se conducen muy diversamente, tanto bajo el aspecto de la coloración que presentan, como bajo el de la humedad de que están impregnados, lo cual, por lo demás, se observa también en los individuos muertos del tifus. En muchos casos se encuentran en los bronquios los signos de una extensa bronquitis; en el pulmón hipostasis ó infiltraciones pneumónicas, y en algunas venas trombus. En fin, cuando la enfermedad ha durado mucho y la fiebre ha sido muy intensa, se encuentran en algunos cadáveres las degeneraciones parenquimatosas, va-

rias veces citadas, del hígado, los riñones, y la sustancia cardiaca.

§. III.—Sintomas y marcha.

Desde que en 1860 hizo Zenker el importante descubrimiento de que la penetracion de los triquinos en el cuerpo humano provoca una enfermedad grave y hasta mortal, se ha observado una série de epidemias mortíferas de triquinosis, habiéndose descrito con tal cuidado, que la sintomatología de esta enfermedad, recientemente descubierta, es ya tan completa como la de la mayor parte de las enfermedades conocidas desde hace mucho tiempo.

En tanto que los triquinos llegados al estómago no son puestos en libertad por la digestion de la carne que les contienen, los individuos no sienten ningun malestar. En algunos casos designados por Renz bajo el nombre de *triquinosis latente*, no existe *signo ninguno de enfermedad intestinal*, hasta que los triquinos no han quedado libres se fecundan, reproducen y la nueva cria perfora la pared del intestino. Estos enfermos conservan su buen apetito y las deposiciones son regulares; se sienten á la verdad algo fatigados y abatidos, acusando dolores vagos y cierta rigidez en los miembros; pero pueden andar y desempeñar todos sus quehaceres. Poco á poco se localizan los dolores en ciertos músculos, los cuales se hinchan y ponen duros y rígidos, produciéndose además fiebre y los demás síntomas que caracterizan la miositis triquinosa. Semejante evolucion da seguramente lugar á suponer que sólo un corto número de triquinos ha llegado al estómago ó ha sido retenido en él; que, por consiguiente, el desarrollo de triquinos intestinales y la emigracion de la nueva cria ha perturbado muy poco las funciones del estómago y del intestino, pero que la generalizacion y emigracion repetidas de los nuevos triquinos han elevado la afeccion triquinosa de los músculos á un grado muy considerable. Un hecho difícil de inter-

pretar es la transición, á veces muy brusca, de la triquinosis latente á las formas graves, á ménos que esta transición no dependa de la llegada de una muy numerosa generacion de nuevos triquinos á los músculos respiratorios.

Ofrece un singular contraste con este principio latente de la enfermedad y la falta absoluta de trastornos gastro-intestinales, la invasión de *violentos síntomas intestinales* que en otros casos han señalado el principio de la triquinosis. Los primeros casos de la célebre epidemia de Hedersleben fueron tomados por casos de cólera, habiendo sido acometidos los enfermos de violentos vómitos incoercibles y una diarrea profusa. Tres de ellos murieron á los seis días de verificada la infección, presentando síntomas de parálisis y de condensación de la sangre. Para establecer la distinción, á veces tan difícil, entre el cólera triquinoso y el cólera asiático, conceden gran importancia Kratz y Rupprecht á un dolor muscular que produce una sensación de tensión, y tiene su asiento principal en los músculos flexores de las extremidades, y el cual se exagera tanto por los movimientos como por la presión. El principio, por lo demás, bastante raro de la triquinosis por síntomas coleriformes, hace suponer que en estos casos ha llegado al estómago un número sumamente considerable de triquinos vivos, y que por esta razón la mucosa gastro-intestinal ha sufrido una lesión más fuerte que en otros casos. Viene en apoyo de esta hipótesis el que hasta ahora sólo se han observado síntomas coleriformes, en los envenenamientos verificados con carne cruda.

Sin embargo, la ausencia de todo fenómeno intestinal, así como un violento ataque de vómito y de diarrea, sólo por excepción se observa después de hacer uso de carne cargada de triquinos. La gran mayoría de los enfermos experimentan algunas horas después del envenenamiento, ó bien algunos días después de la formación de los triquinos jóvenes, cuando principian á perforar la pared del estómago y del intestino, una fuerte presión sobre el estómago, náuseas y vómitos acompa-

ñados de laxitud. Ordinariamente existen muchos vómitos que dan salida á materias mucosas y biliosas. Casi siempre se desarrolla una diarrea con expulsion de materias, al principio pardas, más tarde amarillas y líquidas, y precedida siempre de cólicos más ó ménos vivos. Al poco tiempo vemos unirse á estos síntomas gastro-intestinales los de la penetracion de los triquinos en los músculos en forma de dolores vagos, una sensacion de rigidez y un edema particular de la cara más pronunciado, especialmente en los párpados, y en el cual toma algunas veces parte la conjuntiva, lo que da lugar á un quemosis. Bien pronto los movimientos de los enfermos son sumamente difíciles, á causa, por una parte, de que sus músculos se ponen cada vez más rígidos é inextensibles, y por otra de que el menor intento que se hace para extenderles es inmediatamente seguido de los más vivos dolores. La porcion carnosa de los diferentes músculos se hincha considerablemente, se pone dura y adquiere una resistencia análoga á la del caouchouc, como en la rigidez cadavérica. Segun la descripcion de Cohnheim, la actitud tan constante como característica de los individuos atacados de triquinosis grave, es la siguiente: «Decúbito dorsal constante con flexion en ángulo agudo de las articulaciones del hombro y del codo y flexion ligera de la mano; flexion muy ligera ó extension casi completa de la articulacion de la cadera y de la rodilla, de tal suerte, que la elevacion del brazo y la extension del antebrazo por una parte, y la posicion de sentarse y la flexion de la rodilla por otra, se hacen imposibles para estos pobres enfermos.» Cohnheim explica, sin duda con razon, esta actitud tomada por los enfermos, por su tendencia á adoptar una posicion en que los diferentes grupos musculares experimenten la menor tension posible. Con la tumefaccion de los músculos coincide un edema que se extiende progresivamente desde los brazos á las manos y desde los muslos á los piés, pero siempre respeta el escroto y los grandes labios. A los síntomas hasta ahora descritos, suelen agregarse entre el tercero y quinto septenario de la enfermedad, accesos de dispnea intensa, los cuales dependen

sin duda de la afeccion triquinosa de los músculos de la respiracion, y ordinariamente desaparecen en la sexta semana. La afeccion triquinosa de los músculos de la glotis, hace perder la voz á ciertos enfermos; en algunos la alteracion de los maseteros produce el trismus, y la de los músculos de la lengua y de la faringe una inmovilidad más ó ménos grande de la lengua y disfagia.

La triquinosis es acompañada de una fiebre continúa, intensa, con ligeras remisiones matutinas. Aunque esta fiebre no depende de ningun fenómeno zινόico, sino exclusivamente de la extensa inflamacion de los músculos, y deba considerarse como una fiebre inflamatoria sintomática, ofrece, sin embargo, la mayor semejanza con la fiebre que se observa en el curso del tifus y de otras enfermedades infectivas, siendo muchas veces casi imposible distinguir las curvas termométricas de los individuos atacados de fiebre tifoidea de las de los enfermos atacados de triquinosis. La temperatura de la tarde asciende algunas veces á 41°, y la de la mañana siempre permanece algo más baja. Muy tarde, á veces hasta la sexta ó sétima semana, no vuelve la temperatura del cuerpo á ser normal. La frecuencia del pulso está en relacion con la elevacion de la temperatura, y llega en los casos graves hasta 120 ó 140 pulsaciones por minuto. Una condicion hasta cierto punto característica para la fiebre que acompaña á la triquinosis, es la abundante traspiracion, acompañada muchas veces de una erupcion de vesiculas miliares. La influencia que la fiebre triquinosa ejerce sobre el estado general y las demás funciones del cuerpo, está en relacion con la que una fuerte elevacion de la temperatura manifiesta igualmente en otras enfermedades. El pulso se hace pequeño y débil, la sed es ardiente, la lengua seca, caen los enfermos en el estupor ó en ligeros delirios, y en ocasiones se producen ligeras sacudidas y un temblor de algunos pequeños grupos musculares; se forman escaras en el sacro, y estos fenómenos tifoideos pueden estenuar completamente á los enfermos. Cuando una bronquitis extensa ó fenómenos hipostáticos

vienen á complicar la enfermedad, se modifica más ó ménos el cuadro clínico; sin embargo, sólo las infiltraciones pneumónicas, de las cuales se encuentran á la verdad ejemplos bastante frecuentes, son las que además de sus fenómenos objetivos se traducen también por síntomas subjetivos, tales como dolores lancinantes en el costado, tos difusa, etc.—Cuando la enfermedad debe terminarse felizmente, lo cual sucede con frecuencia aun en los casos graves, se ponen poco á poco ménos rígidos y dolorosos los músculos, disminuye la temperatura del cuerpo y la frecuencia del pulso, los sudores son ménos copiosos, la sed ménos ardiente, y reaparece el apetito; pero los enfermos, enflaquecidos hasta el último extremo, guardan todavía por mucho tiempo la cama, y se restablecen con mucha lentitud. A veces sobrevienen durante la convalecencia, como después de otras enfermedades graves, edemas que no respetan, como los de que antes nos hemos ocupado, el escroto y los grandes labios.

§. IV.—Tratamiento.

Profilaxia. Si la carne de cerdo ha sido detenidamente examinada al microscopio sin haber podido descubrir señal ninguna de triquinos, puede comérsela sin el menor riesgo, aun en el estado crudo. Es indudable, que si llegara á establecerse la práctica de verificar el exámen microscópico de la carne verificado por personas experimentadas encargadas de examinar la de todos los cerdos degollados, se evitarían con toda seguridad nuevas epidemias de triquinos. Creo también que no sería muy difícil encontrar, tanto en las poblaciones como en el campo, personas á quienes pudiera instruirse lo bastante por algunas lecciones de microscopio y una educación teórica superficial, para colocarlas en disposición de distinguir con seguridad si la carne sometida á su exámen contiene ó no triquinos. Mi hermano ha dado á muchas personas extrañas á la ciencia, por medio de su *Catecismo de la triquinosis* y sus cursos prácticos

de microscopio, una instruccion muy suficiente para poder descubrir los triquinos en la carne de cerdo. No obstante, debo declarar, contra la opinion de muchas notables autoridades, que no espero encontrar ninguna garantía contra nuevas epidemias de triquinosis, por la introduccion de un exámen microscópico obligatorio de las carnes. En efecto, no tengo suficiente confianza en la conciencia de las personas á quienes podia confiarse, sobre todo en los pueblos pequeños, el cargo de examinar la carne al microscopio, para creer que despues de haber buscado inútilmente los triquinos durante cierto número de años siguieran consagrando de una manera constante los mismos cuidados para este exámen. Más bien, si esta inspeccion oficial no se practicara con todo el escrúpulo debido, sería más perjudicial que útil, por razon de la confianza que inspiraria á los habitantes, los cuales creerian poder comer impunemente la carne de cerdo cruda. La única garantía absoluta contra el envenenamiento de los triquinos, es abstenerse de comer toda carne de cerdo que no haya sufrido una de esas preparaciones de las cuales estamos seguros matan infaliblemente los triquinos que haya podido contener. Toda persona que quiera comer tocino curado, jamon crudo ahumado, salchichon, etc., debe asegurarse antes de que el animal de que provienen estos productos no estaba infectado de triquinos. A mis discípulos suelo recomendar que adviertan á sus clientes, no usen ninguna de las sustancias compuestas de carne de cerdo, y señaladas como peligrosas en el párrafo primero, aun en las localidades en que está establecida la inspeccion de las carnes.

Tratamiento de la enfermedad. Segun lo que en el párrafo I dijimos de la fuerza de resistencia vital que los triquinos musculares poseen, no debe esperarse que llegue á encontrarse un medio capaz de destruir los triquinos inmigrados en los músculos, sin hacer correr algun riesgo á la persona infecta. El consejo que Friedreich da de emplear contra la triquinosis, el picro-nitrato de potasa, esa sal tan amarga que atraviesa, es cierto, todos los tejidos del cuerpo, pero cuya accion

anti-helmítica es todavía bastante incierta, no ha recibido la sancion de la práctica. De la misma manera, es muy dudoso que la benzina, preconizada por Mosler, tenga accion alguna sobre los triquinos musculares. Más bien puede esperarse que llegará á encontrarse un medio que mate los triquinos intestinales ó los expulse del intestino. Esta indicacion existe, no sólo en los casos muy recientes, sino tambien en los períodos ulteriores de la enfermedad, supuesto que se ha probado que aun despues de algunas semanas pueden todavía encontrarse en el intestino triquinos vivos llenos de embriones, debiendo por consiguiente suponer que aun despues de este tiempo pueden todavía verificarse nuevas inmigraciones de triquinos en el tejido muscular. Aun cuando exista diarrea no dejará de principiarse el tratamiento por algunas dosis de calomelanos, medicamento aconsejado por Rupprecht, ó por algunas cucharadas de aceite de ricino, repitiendo en caso necesario cierto número de veces la administracion de este remedio. Por otro lado, no me parece demostrado de ningun modo que la benzina, que Mosler prescribe en cápsulas de gelatina, á la dosis de 4 á 8 gramos por dia, sea ineficaz contra los triquinos intestinales, debiendo por consiguiente renunciar á hacer nuevos ensayos con este remedio. Para todo lo demás, el tratamiento debe ser sintomático. Contra la fiebre se prescribirá la quinina, contra una postracion exagerada los *excitantes*, y contra la anemia que tras de sí deja la enfermedad, los preparados de hierro. El medio más eficaz para combatir el infarto doloroso de los músculos, consiste, segun Mosler, en el uso de baños calientes prolongados.

SEGUNDA SECCION.

ENFERMEDADES INFECTIVAS CRÓNICAS.

CAPÍTULO I.

SIFILIS.

La doctrina de las afecciones sifilíticas ha experimentado recientemente una completa revolucion, habiendo sido aceptadas las nuevas ideas con sorprendente rapidez por todos los célebres sifiliógrafos, sin exceptuar aquellos que hace pocos años eran sus más decididos adversarios. En las ediciones anteriores de esta obra, hacia resaltar claramente la inverosimilitud de la antigua teoría, por la cual se admitia que el contagio por un solo y mismo virus sifilitico, provocaba tan pronto sólo una afeccion local, como independientemente de esta una infeccion y una enfermedad de todo el organismo, y defendia la teoría moderna, la cual hace derivar la diferencia de los efectos de una diferencia de las causas, y admite la existencia de *dos* virus, de los cuales el uno jamás provoca más que una afeccion local, á saber: una úlcera que se desarrolla en el sitio sobre el que ha ejercido su accion, y algunas veces la inflamacion y fusion supurativa de los ganglios linfáticos vecinos, mientras que el otro constantemente ocasiona, además de la lesion local, una afeccion constitucional y extensas lesiones de la nutricion. Pero en aquella época no era tan decidido defensor como hoy

de la doctrina del «dualismo» del virus sífilítico, sirviéndome de la expresion generalmente aceptada.

Creo de algun interés para mis lectores les exponga en pocas palabras las ideas que hasta hace poco tiempo han tenido generalmente curso sobre la relacion que se creia existe entre el chancro ó úlcera sífilítica primitiva, y la sífilis constitucional ó gálico. Suponíase que el producto de secrecion de un chancro estaba dotado de propiedades virulentas, por las cuales, colocado sobre un punto desnudo de la piel ó penetrando á través de una delgada capa epidérmica, provocaria en el punto de aplicacion una dermatitis específica y una úlcera sífilítica primitiva ó chancro blando. En muchos casos se agotaria de esta manera la influencia perniciosa del virus. Si se llegaba, sobre todo, á destruir ó curar la úlcera antes de que hubiera producido una intoxicacion de todo el cuerpo, podia quedar la enfermedad siendo local; pero si esto no se conseguia, el mal local primitivo ocasionaba por la infeccion de toda la economía que aquella ocasionaba, una série de lesiones nutritivas en puntos distantes, ó por otro nombre afecciones sífilíticas *secundarias y terciarias*. Si se producía una induracion en los bordes ó base de la úlcera primitiva, era un signo de mal agüero, á causa de que constituía una prueba casi segura de una infeccion próxima ó real ya del organismo. Concíbese fácilmente segun esto, que generalmente se haya procurado destruir las úlceras recientes no induradas todavía por cáusticos enérgicos, y que, por el contrario, se combatieran las úlceras antiguas é induradas con remedios antidiscrásicos, sobre todo con el mercurio, que era casi universalmente considerado como el antidoto del virus sífilítico. En fin, la mayor parte de los sífiliógrafos admitian con Ricord que la sífilis no podia propagarse sino por afecciones primitivas, es decir, chancros, ó en otros términos, que la secrecion del chancro era el único vehículo del contagio sífilítico, y que este último no estaba contenido en los productos de secrecion de las afecciones secundarias ni en la sangre, ni en las secreciones normales de los individuos ata-

cados de sífilis, opinion de la cual, es cierto, nunca han participado abiertamente el comun de los médicos. Tendríamos que extendernos demasiado si fuéramos á seguir las vicisitudes de esta teoría, y hacer ver cómo cada una de estas proposiciones fué primero puesta en duda, y despues negada, hasta que se terminó por reconocer que toda la doctrina descansaba sobre errores ó hechos mal interpretados. Al exponer la teoría moderna, señalaremos brevemente algunas de estas interpretaciones erróneas.

En el presente capítulo describiremos primeramente el *chancro*, y el chancro ganglionar ó *bubon agudo*. Haremos despues la historia de la *sífilis constitucional*, cuya primera manifestacion vemos en la induracion sifilítica primitiva y la úlcera sifilítica primitiva. En cuanto á esta última, no volveremos á darla el nombre de chancro, conformándonos en esto con la costumbre establecida por la mayor parte de los autores modernos (1).

A.—CHANCRO.

La lesion á que nosotros llamamos chancro lleva tambien el nombre de chancro blando, en oposicion con la úlcera sifilítica primitiva, llamada por otro nombre chancro duro ó indurado; algunos autores le llaman chancroide, conservando el nombre de chancro para la úlcera sifilítica primitiva. En fin, ciertos sifiliógrafos llaman al chancro úlcera virulenta, y á la úlcera sifilítica primitiva úlcera infectante. Seria muy de desear que todo lo más pronto posible se conviniera en la deno-

(1) Podria en rigor separarse completamente el chancro, tomado en el sentido que acabamos de indicar, de la sífilis, y describirle, por ejemplo, al lado de la blenorragia, entre las enfermedades de los órganos genitales; pero por más cierta que esta separacion sea en teoría, no me parece útil en la práctica, aunque no sea más que por lo frecuente que es la coincidencia del chancro y de la induracion sifilítica.

(Nota del autor.)

minacion de las dos enfermedades, para que cesaran las equivocaciones ocasionadas por estas diferencias de nomenclatura.

§. I.—Patogenia y etiología.

No nos ocuparemos de la cuestion irresoluble del origen primitivo del virus chancroso; es lo cierto que hoy jamás tiene este virus un desarrollo espontáneo, y que para contraer un chancro es preciso, actualmente, ser infectado por el virus chancroso. El chancro, pues, debe incluirse entre las enfermedades puramente contagiosas, estando perfectamente autorizados para servirnos de la denominacion de contagio chancroso en lugar de la de virus chancroso.

El *contagium chancroso* no es volátil como el morbiloso variólico ó escarlatinoso, hasta el punto de penetrar en la atmósfera que rodea á los enfermos é infectar á los individuos que permanecen en ella, sino que es fijo y va unido á la secrecion de las úlceras chancrosas y de los chancros ganglionares ó bubones. En ninguno de estos vehículos es posible descubrir, ni por el microscopio ni por el análisis químico, el virus. El pus que cubre una úlcera chancrosa ó que forma el contenido de un chancro ganglionar, tiene las mismas propiedades morfológicas y químicas que la secrecion purulenta de otras úlceras ó el contenido purulento de otros abscesos ganglionares.

La *predisposicion* al chancro es muy comun, quizá más general que la predisposicion á ninguna otra enfermedad. Ni la edad, ni el sexo, ni la constitucion, parecen ejercer la menor influencia sobre la mayor ó menor receptibilidad para el virus chancroso. Si las personas que se encuentran en la flor de su edad le contraen más á menudo que los niños y los viejos, los hombres con más frecuencia que las mujeres y las personas sanas y robustas más á menudo que los enfermos y débiles, es únicamente á causa de que los primeros se exponen más que los últimos á contagiarse, y de ninguna manera por una predisposicion más marcada en unos que en otros. Los individuos cuya epidermis es muy fina, son atacados más fácilmente que

otros, por razon sin duda de que basta en ellos una causa más ligera para producir en su epidermis una solucion de continuidad, que permita al virus obrar directamente sobre el dermis. Los resultados de la sifilizacion, es decir, de la produccion de úlceras chancrosas múltiples por via de inoculacion, parecen probar que la trasmision muy repetida del pus chancroso debilita su accion contagiante.

La causa infinitamente más frecuente de la trasmision del chancro, es el coito practicado con un individuo atacado de esta afeccion. Es cierto que tambien puede verificarse el contagio por dar besos, contactos, la frecuentacion de excusados, ó el uso de pipas, vasos y otros objetos impregnados del virus chancroso; puede tambien suceder que los médicos y las matronas contraigan un chancro al practicar el tacto vaginal, y reciprocamente, que le comuniquen por esta via; pero todas estas causas ocasionales del chancro, y otras más ó ménos parecidas, si bien á cada momento pretextadas por los enfermos, son infinitamente raras, comparativamente al contagio por un coito impuro. La produccion de una escoriacion del epidermis ó del epiteliium durante el coito en los puntos de las partes genitales puestas en contacto con el virus, favorece, es cierto, su trasmision; pero nada prueba que sea absolutamente necesaria una lesion de este género para que pueda verificarse aquella. Por el contrario, no es del todo raro se produzcan chancros en puntos de las partes genitales donde despues del coito no se percibe solucion ninguna del epidermis, á pesar del exámen más minucioso. Tambien en otros sitios revestidos de un epidermis fino, tales como los labios y los pezones de las mamas, parece poderse comunicar el chancro sin que exista lesion del epidermis, mientras que en las manos y otros sitios cubiertos de una piel gruesa, el contacto del virus no tiene efecto ninguno cuando no existe lesion. Segun esto, el asiento más frecuente del chanco son las partes genitales, y mucho más rara vez el ano, el espacio comprendido entre las mamas, la boca y las manos.

§. II.—Síntomas y marcha.

La duracion de la incubacion del virus chancroso es sumamente corta, segun opinion unánime de todos los observadores. Ricord hasta ha pretendido que no existia completa incubacion, sino que se producian, por el contrario, modificaciones en el punto de aplicacion del virus inmediatamente despues de su contacto con la piel del individuo contaminado, cuyas modificaciones pasaban por lo general desapercibidas á causa sólo de su poca intensidad.

Marcha del chancro inoculado. Si se hace penetrar el producto de secrecion de un chancro debajo del epidermis, á beneficio de una puncion practicada con la lanceta, no se nota modificacion ninguna en el sitio de la inoculacion en las primeras veinticuatro horas. Al cabo de unas treinta y seis horas se observa una ligera rubicundez, y á las cuarenta y ocho una mancha muy aparente de color rojo claro. En el curso del tercer dia, se eleva la mancha en forma de pápula, y ya al cuarto se levanta el epidermis y da de este modo lugar á una pequeña vesícula rodeada de una aureola roja. En los dias siguientes se vuelve amarillo y puriforme el contenido de esta vesícula, de suerte que se trasforma en una pústula, cuya pared superior es rota por el liquido entre el quinto y octavo dia, ó bien se deseca con el liquido y forma una costra sólida. Despues de la rotura de la pared ó la eliminacion de la costra, se percibe una úlcera cuya magnitud varia entre la de una cabeza de alfiler y la de una lenteja; esta úlcera es casi siempre circular y penetra muy profundamente en el dermis; los bordes de la úlcera parecen, en cierto modo, apretados por un edema inflamatorio que les rodea. En los dias sucesivos se extiende la úlcera, al mismo tiempo que sus bordes y fondo es invadido por un proceso diftérico. El aspecto grisáceo y lardáceo del fondo de la úlcera, depende de la destruccion de los elementos del tejido, los cuales se reducen á detritus. Si en los primeros cuatro

días se destruye el punto donde existe el chanero inoculado por la aplicación de un cáustico, generalmente se consigue cortar el proceso destructor provocado por el virus chancroso; pasado el cuarto día, por lo general ya no se obtiene este resultado.

El *chanero contraído accidentalmente* procede ya de una mancha ó pápula sobre la cual se esfolia varias veces el epidermis hasta que se produce una escoriación ó una pérdida de sustancia, ya de una vesícula ó pústula que se rompe, ó ya en fin, que es lo más común, de una pequeña escoriación ó grieta infectada, cuyos bordes en vez de unirse se cubren de una exudación grisácea. La úlcera producida de esta manera está muy lejos de presentar siempre propiedades bastante características para que no pueda confundírsela con úlceras de otra clase. En los casos dudosos es, por lo tanto, muy útil inocular el producto de secreción de la úlcera en el muslo del individuo que la padece, y cubrir las dos ó tres picaduras producidas con un vidrio de reloj sostenido por medio de tiras de esparadrapo. En efecto, veremos más tarde que la inoculación practicada con la secreción de úlceras sifilíticas no da resultado ninguno en los individuos afectados de úlceras de la misma especie. Cuando, por el contrario, es seguida la inoculación de algún resultado y se ven aparecer en su asiento las modificaciones antes descritas, ya no puede dudarse de la existencia de un chanero.

Vamos á describir en pocas palabras las formas más comunes de las úlceras chancrosas simples no complicadas, reservándonos insistir más tarde, cuando hayamos estudiado la marcha de las úlceras sifilíticas primitivas, sobre las modificaciones de la úlcera chancrosa debidas á la complicación de esta por una induración sifilítica.

Chanero vulgar (diftérico). Esta forma está caracterizada por el borde desigual picoteado y el fondo lardáceo. Podría decirse que la pérdida de sustancia ha sido quitada con un sacabocados. En los hombres la hoja exterior del prepucio y la piel que cubre el miembro, son con menos frecuencia asiento de la

úlceras, que la hoja interior del prepucio, el glande, el punto en que el prepucio se une con el glande, y sobre todo el frenillo; si el chancre ocupa este último casi siempre se forman úlceras profundas difíciles de curar y perforaciones del frenillo. Si la úlcera ocupa el punto en que el prepucio se refleja sobre el glande, se extiende fácilmente por inoculación espontánea á una gran parte de la corona del glande. Cuando la úlcera se hace profunda en este punto, el tejido subcutáneo laxo se infiltra algunas veces del producto de secreción del chancre y se produce un absceso virulento. Cuando el chancre ocupa el glande, penetra por lo general más profundamente que cuando ocupa el prepucio. Sin embargo, es bastante raro se produzcan perforaciones que lleguen hasta la uretra y den origen á fistulas uretrales. El chancre uretral no es muy frecuente; ordinariamente principia en el meato urinario, cuyos labios hinchados y de color rojo oscuro dejan percibir una pequeña pérdida de sustancia que se prolonga de fuera á dentro. En otros casos, el chancre uretral es más profundo y no se traduce más que por un flujo purulento y por dolores que se hacen sentir en un punto determinado de este conducto, y los cuales aumentan durante la micción y bajo una presión externa. Cuando el chancre completamente oculto en la uretra no está complicado por una blenorragia, es fácil de reconocer por razón de la pequeña cantidad de pus que se vierte de la uretra, y que impide confundirle con la blenorragia; pero para hacer un diagnóstico seguro, es preciso inocular el producto de secreción y convencerse de si esta inoculación da algún resultado. Si por el contrario, la mucosa uretral es al mismo tiempo asiento de una blenorragia, pasa casi siempre desapercibido el chancre á causa de que el abundante flujo y la ausencia de otros fenómenos notables dan lugar á que casi nunca se acuda á la inoculación. En las mujeres, el sitio más ordinario del chancre vulgar es la vulva, sobre todo la comisura posterior y la entrada de la vagina; es sumamente raro se le observe en la parte interior de la vagina y en el cuello del útero. Cuando el

chancro vulgar se dispone á cicatrizar cesa la formacion del detritus en su base, desaparece el aspecto lardáceo de esta última, se deterge como suele decirse el chancro, y en la base y bordes de la úlcera se desarrollan unas granulaciones que terminan por llenar la pérdida de sustancia. Segun su extension y profundidad, deja el chancro tras de sí una cicatriz estrellada más ó ménos aparente. Es sumamente variable el momento en que principia á operarse la curacion. Hay chancros que al cabo de ocho ó quince dias principian ya á detergerse, se cubren de granulaciones y se trasforman en úlceras simples, cuyo pus ya no es inoculable, mientras que otros siguen creciendo durante muchos meses consecutivos, conservan su aspecto característico, es decir, bordes desiguales y un fondo lardáceo, y segregan un pus inoculable.

El *chancro superficial* se presenta en el hombre por lo comun en el glande y el prepucio, en la mujer entre los grandes y pequeños labios, en la entrada de la vagina ó en el cuello del útero, y en ambos sexos sobre la piel exterior. Cuando ocupa el glande, suele encontrarse en la cara interna del prepucio otro chancro, que parece exactamente modelado, sobre el del glande. La forma de la úlcera es irregular, y el aspecto de su superficie tal que la capa epitelial parece como levantada por una quemadura con agua hirviendo. En la periferie se observa un ribete blanco. Nunca avanza en profundidad la destruccion. Cuando el chancro superficial ocupa la abertura del prepucio, se forman en los pliegues de este grietas que ocasionan fuertes dolores cuando quiere retirarse hácia atrás este repliegue para descubrir el glande. Con mucha frecuencia ocasiona el chancro superficial un fimosis y un parafimosis. En el primer caso sólo por la inoculacion puede distinguirse de la balanitis.— Cuando el chancro superficial ocupa la piel exterior, la escasa secrecion que cubre el sitio escoriado se seca en una costra delgada, y sólo despues de haber levantado esta por un lavatorio apropiado se descubre una herida amarilla, rojiza, escoriada y cubierta de una secrecion escasa.

El *chancre folicular* se desarrolla en un folículo sebáceo, tiene muy poca superficie y gran profundidad. Conserva por mucho tiempo su forma regularmente redondeada.

El *chancre fagedémico* procede ordinariamente del chancre vulgar. Este segrega un líquido claro, icoroso y muy fétido, distinguiéndose por una forma irregular, un fondo desigual, gris, blanquecino ó verdoso, compuesto de tejido mortificado y de la infiltracion y presenta bordes picoteados y lividos; se halla rodeado de una aureola de color rojo de cobre, invade rápidamente el tejido circunvecino, y á veces destruye, en los hombres, una gran parte del prepucio, el glande, la piel del miembro ó el escroto, y en las mujeres, los grandes labios, el periné y la márgen del ano. El chancre fagedémico no se observa más que en los individuos estenuados y caquéticos, perdiendo su carácter maligno cuando se mejora la constitucion. En otros casos, la destruccion se limita, la falsa membrana que cubre el fondo de la úlcera se elimina, se forman granulaciones sanas, y la úlcera corrosiva de mala naturaleza se trasforma de este modo en úlcera simple con tendencia á la cicatrizacion. Si no se ha procurado mejorar la constitucion del enfermo, ó bien si se la deteriora más por influencias nocivas, sobre todo por el uso del mercurio, el proceso destructor hace continuos progresos, y termina por complicarse de una fiebre lenta que consume al enfermo.

El *chancre gangrenoso*, tan pronto representa una modificacion del fagedémico, como procede de un chancre vulgar; en tal caso, el fondo y circunferencia de una ú otra forma ulcerosa se trasforman en una escara insensible, húmeda, de color plomizo y más tarde negro. Al rededor de la parte gangrenada se encuentra un círculo de color rojo oscuro, y más lejos un edema considerable. Puede destruirse por la invasion de la gangrena, gran parte del pene ó de los grandes labios y del periné, y poner en peligro la vida del enfermo la grave alteracion del estado general que acompaña á la destruccion gangrenosa. En otros casos, se limita más pronto esta destruc-

cion gangrenosa, se forma una línea de separacion, se eliminan las partes mortificadas, y termina el proceso dejando en su lugar una pérdida de sustancia más ó ménos considerable. Las causas de la destruccion gangrenosa de las úlceras chancrosas, son bastante oscuras. En ciertas épocas, y bajo el influjo de causas desconocidas, se observan con mucha más frecuencia que en otras los chancros gangrenosos. Sin embargo, en muchos casos pueden citarse como causas de la gangrena, ya condiciones mecánicas, como tirantez y tension de las partes inflamadas, sobre todo cuando están complicados por el fimosis ó parafimosis, ó ya ciertas condiciones químicas, tales como la descomposicion de productos de secrecion acumulados, que vienen á irritar las úlceras.

§. III.—Tratamiento.

A medida que se ha ido adquiriendo la conviccion de que jamás el chancro ocasiona tras de sí la sífilis constitucional, ha ido desapareciendo el abuso que consistia en administrar preparados mercuriales á los individuos afectados de úlceras chancrosas. Los progresos de la ciencia han conducido rápidamente, bajo este aspecto, á resultados prácticos cuyo valor es inapreciable. Bastará para esto recordar que hasta hace poco, la mitad por lo ménos de los médicos, partiendo de la errónea suposicion de que era preciso prevenir la sífilis constitucional é impedir la induracion de la úlcera, sometian indistintamente todos los individuos atacados de úlceras chancrosas á tratamientos mercuriales, sistemáticamente seguidos, destruyendo con demasiada frecuencia la salud de sus enfermos por un veneno tan hostil al organismo. El médico que hoy quisiera prescribir un tratamiento mercurial á un enfermo atado de un chancro simple, cometeria una grave falta.

Por otro lado, creo no es razonable limitarse en el tratamiento del chancro á una cura exclusivamente local. El chancro se cura con tanta más rapidez, cuanto se coloca á los indi-

viduos que le padecen en condiciones orgánicas más favorables, y se les pone más cuidadosamente al abrigo de toda causa morbífica mientras dura la enfermedad. Cuando las circunstancias lo permitan, es conveniente guarden cama los enfermos, ó prohibirles, por lo ménos, anden más de lo necesario. Como por otro lado la mayor parte de los individuos atacados de esta afeccion son jóvenes y robustos, y tienen más ó ménos costumbre de divertirse, beber vino, etc., conviene prescribírlés un régimen severo (sopa por mañana y tarde, algunos caldos y un poco de carne al mediodía), prohibiéndoles [el café, el vino y la cerveza y demás espirituosos, y administrarles pequeñas dosis de una sal purgante, por ejemplo, uno ó dos vasos de agua de Friedrichshall ó de Pullna por la mañana en ayunas. Si bajo el influjo de este tratamiento suele, por lo general, curarse el chancro mucho más pronto que cuando no se toman severas prescripciones higiénicas, es principalmente debido, como hemos dicho antes, á la individualidad y género de vida de la mayor parte de las personas que están expuestas al contagio por el virus chancroso; pero estas prescripciones no son convenientes, y pueden, por el contrario, ser perjudiciales y retardar la curacion cuando se aplican á individuos mal nutridos y caquéticos; á éstos, por el contrario, conviene ordenarles un régimen fortificante y permitirles un poco de vino ó de cerveza, si quiere ejercerse una influencia favorable sobre la curacion del chancro.—El tratamiento local debe establecerse con arreglo á los principios admitidos para el tratamiento de las úlceras atónicas, cuyo prototipo es el chancro. Hasta el cuarto ó sétimo dia, conviene destruir la úlcera por un cáustico. Los que mejor sirven para este objeto son la potasa cáustica fundida, la pasta de Viena (5 partes de cal viva por 6 partes de potasa cáustica), ó bien el cloruro de zinc, que produce una escara seca (R. °: cloruro de zinc y manteca de antimonio, ana 8 gramos para hacer con polvos de regaliz una pasta blanda). Despues del sétimo dia ya no debe cauterizarse, á causa de que entonces la cauterizacion retarda la cura-

cion más bien que la acelera. En general, no debemos servirnos de pomadas; se lavarán las úlceras con una infusión de manzanilla caliente ó un líquido ligeramente excitante. Por lo común, se emplea para lavatorio el vino aromático, el agua fagedémica negra (calomelanos, 2 gramos; agua de cal, 60 gramos) ó el agua fagedémica amarilla (sublimado, 5 centigramos; agua de cal, 60 gramos). También es muy recomendable la disolución de sulfato de cobre, que casi exclusivamente emplea Barendsprung (10 centigramos por 60 gramos de agua). Si el chancro es muy doloroso y segrega en abundancia, conviene aplicar compresas de agua blanca y hacer tomar baños de asiento fríos.—En general, basta repetir las lociones dos veces por día, después de haber limpiado antes la úlcera ó dado un baño local de infusión de manzanilla caliente. La repetición demasiado frecuente de las curas es perjudicial.

Si durante este tratamiento conserva el fondo de la úlcera un aspecto lardáceo, conviene espolvorearla de vez en cuando con unos polvos de precipitado rojo. Si la úlcera ha perdido sus propiedades específicas, y á pesar de esto se retrasa su curación, puede tocársela ligeramente con el nitrato de plata y lavarla con una disolución de sulfato de zinc ó de acetato de plomo. Si el conducto del miembro está perforado, debe abrirse cuanto antes el puente que queda. Si la existencia de un fimosis impide lavar el chancro, deben hacerse inyecciones debajo del prepucio para limpiar la secreción que tiende á acumularse allí. Algunas veces hasta puede haber necesidad de recurrir á la operación del fimosis, la cual, sin embargo, no debe practicarse sino en caso de una absoluta necesidad, puesto que ordinariamente se transforma toda la superficie de sección en una úlcera chancrosa.

En el tratamiento del chancro fagedémico, debe ante todo atenderse al estado general. En lugar de un tratamiento debilitante, debe entablarse aquí un método corroborante; así, se ordenará un régimen nutritivo, y muchas veces vino, quina y los preparados de hierro. Al mismo tiempo se conservará el

sitio todo lo limpio posible. Como tópicos, conviene emplear las compresas de subacetato de plomo diluido, ó de una disolución de cloruro de cal (15 ó 30 gramos, por 180 de agua.)

Para *el tratamiento del chancro gangrenoso*, las reglas son casi iguales, procurando seguir los preceptos indicados en las obras de cirugía para el tratamiento de la gangrena.

este todo lo mejor posible. Como se ve, conviene emplear
 las compresas de subacetato de plomo diluido, ó de una diso-
 lucion de cloruro de cal (15 ó 30 gramos por 180 de agua).
 Tras el tratamiento del chancro ganglionar, las reglas son
 casi iguales, procurando seguir los preceptos indicados en las
 otras de cirujia para el tratamiento de la gangrena.

En el tratamiento de los chancros ganglionares, se debe tener
 presente que el chancro ganglionar es un chancro que se
 desarrolla en el ganglio linfatico, y que por lo tanto, su
 tratamiento debe ser el mismo que el de los chancros
 ordinarios, pero con la diferencia de que en este caso, el
 chancro se encuentra en un punto que es muy importante
 para la salud del organismo, y por lo tanto, se debe tener
 mucho cuidado en su tratamiento, para evitar que se
 extienda a otros ganglios, ó que produzca complicaciones
 graves.

El tratamiento de los chancros ganglionares, debe ser
 el mismo que el de los chancros ordinarios, pero con la
 diferencia de que en este caso, se debe tener mucho
 cuidado en el uso de las compresas, para evitar que se
 peguen al chancro, y que produzcan dolor.

En el tratamiento de los chancros ganglionares, se debe
 tener presente que el chancro ganglionar es un chancro
 que se desarrolla en el ganglio linfatico, y que por lo
 tanto, su tratamiento debe ser el mismo que el de los
 chancros ordinarios, pero con la diferencia de que en
 este caso, el chancro se encuentra en un punto que es
 muy importante para la salud del organismo, y por lo
 tanto, se debe tener mucho cuidado en su tratamiento,
 para evitar que se extienda a otros ganglios, ó que
 produzca complicaciones graves.

El tratamiento de los chancros ganglionares, debe ser
 el mismo que el de los chancros ordinarios, pero con la
 diferencia de que en este caso, se debe tener mucho
 cuidado en el uso de las compresas, para evitar que se
 peguen al chancro, y que produzcan dolor.

§. II.—**Sintomas y marcha.**

La adenitis virulenta se presenta por lo comun durante el segundo, tercero ó cuarto septenario, más rara vez durante el quinto y sexto, y algunas veces en los primeros dias que siguen á la aparicion del chancro. El primer sintoma de esta complicacion tan molesta consiste, en una sensacion dolorosa que ocupa un punto circunscrito poco distante de las partes genitales, en el pliegue de la ingle. Examinando al enfermo se observa en este sitio un pequeño tumor, muy sensible aun á la presion más ligera, y que corresponde á un ganglio inguinal más ó ménos aumentado de volúmen. El dolor sumamente vivo, comparativamente á la ligera tumefaccion, la situacion del tumor tan inmediata á las partes genitales, y en fin, la circunstancia de que siempre el infarto se apodera sólo de uno ó de muy pocos ganglios á la vez, y nunca de un gran número de estos: tales son los signos que permiten reconocer en seguida que nos hallamos en presencia de un bubon virulento agudo, y no de uno de esos bubones llamados consensuales, ni de un infarto ganglionar sifilitico, que daremos á conocer más tarde. La marcha ulterior del bubon agudo varia. Es muy raro que la inflamacion termine por resolucion; en estos casos la tumefaccion y el dolor se disipan poco á poco en el ganglio enfermo. Debe suponerse que en tal caso sólo se ha extendido la inflamacion desde el punto atacado de las partes genitales hasta los ganglios, siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos y sin que el virus haya recorrido este camino, ó en otros términos, que nos encontramos en presencia de un bubon consensual. Hasta en casos de ulceracion benigna no virulenta de la piel, no es raro observar el proceso que acabamos de describir, es decir, la extension de una inflamacion hasta los ganglios vecinos por el intermedio de los vasos linfáticos.

Sucede infinitamente más á menudo, y probablemente siem-

pre, que en los bubones virulentos se forma pus en el ganglio linfático inflamado. Este pus rompe en seguida, en los casos benignos, la cubierta que rodea al ganglio, así como la piel que le cubre y la cual se ha adherido á él. Pero en otros casos el tejido conjuntivo inmediato se hace asiento de una infiltracion inflamatoria en una vasta extension. Adquiere el tumor un volúmen considerable y no se deja dislocar. Cuesta muchísimo trabajo á los enfermos andar. Se nota que siempre reservan la pierna del lado enfermo, por más cuidado que pongan para disimularlo. En los individuos predispuestos á la fiebre, se agrega á esto una aceleracion del pulso, una elevacion de la temperatura, cierta perturbacion del estado general y otros síntomas febriles. Así suele pasarse bastante tiempo antes de que la piel se enrojeza y que se haga sentir la fluctuacion en un punto muy circunscrito. Si en este sitio se practica una funcion, ó bien se vierte el pus espontáneamente despues que la piel se ha puesto muy roja y cada vez más delgada, el tumor, que con frecuencia tiene el volúmen del puño y que ha tomado una forma irregularmente abollada, sólo desaparece en parte. Más tarde se presenta la fluctuacion y se abren igualmente otros puntos del tumor; pero pasan siempre algunas semanas y aún meses antes de que este último disminuya de volúmen, á pesar del gran número de abscesos desarrollados en su interior. La marcha del bubon agudo es exactamente tan larga y tenaz, cuando el pus del ganglio inflamado se ha derramado en los tejidos vecinos, produciendo conductos y aberturas fistulosas, ó bien cuando el pus acumulado en el ganglio no rompe su cubierta hasta muy tarde, y cuando la inflamacion flemosa del tejido circunvecino ha entrado en supuracion en diferentes sitios. Despues de la abertura del ganglio inflamado y la evacuacion del pus que contiene, la úlcera que queda se conduce como un chancreo y exhala un producto de secrecion inoculable. Presenta unos bordes irregulares de color rojo lívido, por lo general algo despegados, un fondo lardáceo, y tarda mucho en presentarse dispuesta á cicatrizar. El chancreo que ha

tenido por punto de partida un bubon supurado, hasta puede afectar los caracteres del chanero fagedémico ó gangrenoso, y ocasionar en estos casos extensas destrucciones, la ulceracion de los vasos femorales y la peritonitis.

§. III.—Tratamiento.

Cuando una adenitis virulenta se agrega á un chanero, ó bien cuando se produce sin que se perciba ninguna úlcera chancrosa, hay tan pocas esperanzas de que la inflamacion del ganglio no entre en supuracion, que es conveniente economizarse á sí mismo, así como al enfermo, la aplicacion de sanguijuelas, de fricciones mercuriales, de un aparato compresivo y otras medidas terapéuticas destinadas á hacer entrar el bubon en resolucion. Todo bubon agudo lo mando cubrir con un emplasto simple, ordinariamente con el emplasto de minio alcanforado ó emplasto de Nuremberg, sosteniéndole aplicado por una espica de la ingle. En algunos casos se resuelve el bubon bajo el influjo de este tratamiento, tan bien como á beneficio de los medios arriba de citados; en otros casos pasa á la supuracion sin molestar demasiado á los enfermos. Si en un punto correspondiente al ganglio mismo se produce pronto la fluctuacion, evacuo inmediatamente el pus por una ó muchas punciones; si por el contrario, el tejido conjuntivo que rodea al ganglio es ya asiento de una inflamacion flemonosa, y se manifiesta la fluctuacion en un punto que corresponde evidentemente á un absceso flemonoso, y no al ganglio mismo supurado, no me apresuro á abrir el absceso, y prefiero aguardar que las partes que rodean el punto reblandecido entren á su vez en supuracion, ó á que haya desaparecido su dureza bajo la presion del pus. Obtenido este resultado, y adelgazada ya la piel que cubre el sitio fluctuante, trasformo toda la pared superior del absceso en una escara por medio de continuadas fricciones con la potasa cáustica. Al emplear este método, que aprendí en el hospital de Hambourg, deben preservarse las partes veci-

nas del contacto de la potasa, la cual se liquida durante la aplicacion. Este procedimiento es, á la verdad, muy doloroso, pero tiene la ventaja de que no se forman trayectos purulentos ni se despegan los bordes, y que desde el dia siguiente á la eliminacion de la pared superior presenta el fondo del absceso el aspecto de una úlcera bien preparada para la cicatrizacion. Bajo el influjo de este tratamiento se obtiene la curacion, segun mi experiencia, en mucho ménos tiempo que haciendo una puncion en cada sitio donde se hace sentir una nueva fluctuacion, y que si se dividen con el escalpelo los trayectos purulentos que se forman y se excitan los bordes levantados. Recientemente he empleado algunas veces con un éxito magnífico otro tratamiento del bubon virulento. Cubro el tumor por un vejigatorio, abro con precaucion la ampolla producida, y deajo reproducirse un nuevo epidermis haciendo una cura simple. Tan pronto como se ha operado esta reproduccion, aplico un nuevo vejigatorio, y continúo de esta suerte hasta que la infiltracion del contorno del ganglio, que ordinariamente principia ya á disminuir á la primera aplicacion, se ha disipado. Si en este momento se percibe fluctuacion, se practica una puncion ó se destruye la pared del absceso con una pasta cáustica. En ninguno de los casos que por este método he tratado, he observado trayectos ni aberturas fistulosas.

B. — SÍFILIS CONSTITUCIONAL.

§. I. — Patogenia y etiologia.

La cuestion de cuál ha sido el origen primitivo del virus sífilítico es tan irresoluble como la del origen del virus chancroso. La sífilis de nuestros dias es una enfermedad puramente contagiosa. El virus sífilítico se produce en el organismo que de él está infectado, y la trasmision del virus, reproducido de este modo á otro individuo es el único modo de propagarse la sífilis.

El virus sífilítico, ó como con igual razon podemos decir, el contagium sífilítico, cuya esencia nos es desconocida, puesto que no podemos aislarle para examinar sus cualidades físicas y químicas, es de naturaleza fija como el virus chancroso, y no se mezcla con la atmósfera que rodea á un enfermo atacado de sífilis; sin embargo, está lejos de ir exclusivamente unido al producto de secrecion de las úlceras sífilíticas y al contenido de los tumores sífilíticos, sino que al mismo tiempo está encerrado en la sangre de los enfermos. Parece no pasar á las secreciones naturales, tales como la saliva, la orina, etc., ni tampoco á las exudaciones patológicas que se presentan con cualquiera enfermedad intercurrente. Si se vacuna un niño sano con el contenido de una pústula vacuna, tomada de un niño sífilítico, el niño vacunado no contrae la sífilis; si, por el contrario, la vacuna está mezclada con algo de sangre; si contiene por lo tanto uno de los vehículos del virus sífilítico, contrae el niño vacunado la sífilis al mismo tiempo que la vacuna. Hasta ahora no se sabe si la leche de las mujeres atacadas de sífilis encierra el virus sífilítico. La frecuente trasmision de la sífilis á la criatura por el pecho de una mujer atacada de esta enfermedad, puede explicarse por las grietas sanguinolentas que existen en los pezones de muchas mujeres que crían. En cuanto á la propagacion de la sífilis por el acto de la generacion, nos ocuparemos de ella en el capítulo siguiente.

La *predisposicion* á la sífilis es tan comun, que la inmunidad para el virus sífilítico, si es que existe, debe seguramente considerarse como una de las mayores excepciones. Si los adultos, las personas sanas y los hombres contraen la sífilis con más frecuencia que los niños, las personas delicadas y las mujeres, exclusivamente es debido á que los primeros se exponen en general más á menudo que los segundos al peligro del contagio. Si el epidermis es grueso y resistente, el contagio por el virus sífilítico, lo mismo que por el virus chancroso, se verifica con ménos facilidad que en el caso contrario, cuya circunstancia parece probar la utilidad de la circuncision. Si las

partes genitales están muy desarrolladas, el contagio se practica con más facilidad que si se encuentran en un estado rudimentario. Los ezeemas del glande y del prepucio aumentan el peligro en alto grado. Por comun que sea la predisposicion al virus sifilítico, *no es ménos cierto que basta haber sido infectado una vez, para quedar al abrigo de todo nuevo contagio por este virus.* Este hecho tan importante presenta gran analogía con lo que sucede con los virus morbillosos, escarlatinosos y variolosos, los cuales tambien procuran una absoluta inmunidad á los individuos una vez atacados de estas enfermedades. Si se inocula á un individuo, actual ó anteriormente afectado de una úlcera sifilítica primitiva, el producto de una úlcera sifilítica ó cualquier otro vehiculo del virus sifilítico, se obtendrá un resultado negativo. Esta ha sido la circunstancia que tantos errores ha ocasionado. Así, durante mucho tiempo no se hicieron ensayos de inoculacion más que en individuos ya sifilíticos, y creíanse autorizados á asegurar, segun los resultados negativos obtenidos cuando se habia inoculado sangre ó el producto de secrecion de afecciones secundarias, que la sangre y la secrecion de aquellas no tenian carácter ninguno contagioso. Sólo despues de haberse determinado á trasportar estos vehiculos del virus sifilítico sobre individuos sanos ó exentos de gálico, pudo obtenerse la conviccion que la falta de eficacia de los ensayos de inoculacion, dependia exclusivamente de la inmunidad de las personas afectadas ya de sífilis, para nuevos contagios, y que la sangre de los individuos sifilíticos y la secrecion de las afecciones secundarias era tan contagiosa como la secrecion de las úlceras primitivas. Los casos que parecian formar una excepcion de la regla general, eran aquellos en que la inoculacion practicada con la secrecion de una úlcera primitiva, ocasionaba sobre el sujeto que presentaba esta, una ulceracion. Pero hoy se está generalmente de acuerdo en que en semejantes casos lo que existe es una complicacion de la úlcera sifilítica por el chancro. La úlcera provocada por la inoculacion no es una úlcera sifilítica, sino una úlcera chancrosa, y la infeccion por el

virus sífilítico no procura inmunidad ninguna contra el virus chancroso, así como tampoco uno ó varios chancros ponen al abrigo, á los que les presentan, de contraer otros nuevos.

Como los individuos se encuentran ya al abrigo de una nueva infeccion por el virus sífilítico cuando todavía no tienen más que una induracion ó una úlcera sífilítica primitiva sin afeccion ninguna secundaria, tenemos derecho á considerar la úlcera primitiva y la induracion como signo de la infeccion y como el síntoma primero de la sífilis constitucional. Pero como estas lesiones inician siempre la série de lesiones nutritivas, y como el primer síntoma de la enfermedad constitucional se manifiesta invariablemente en el punto de la aplicacion del virus bajo la forma de induracion y de ulceracion, parecen muy convenientes las denominaciones de induracion primitiva y de úlcera primitiva.—La inmunidad que la infeccion por el virus sífilítico procura para todo nuevo contagio, explica el hecho tan importante é inexplicable antes, que los niños que maman sean con mucha más frecuencia infectados por una nodriza sífilítica que por su propia madre atacada de sífilis. En efecto; el niño que coge el pecho de una ama sífilítica, por lo general no ha tenido todavía la enfermedad, y es por consiguiente susceptible de contraerla; por el contrario, en el niño que mama en el pecho de su madre, afectada de sífilis, casi siempre se ha ejercido ya la infeccion, y no puede tener lugar un nuevo contagio.

Entre las *causas ocasionales* de la sífilis constitucional, la más frecuente con mucho de todas es el coito ejercido con un individuo acometido de la enfermedad; sin embargo, no faltan casos positivos en que el contagio ha sido determinado por las manos de los médicos y de las matronas, por el uso de pipas, vasos y de orinales impregnados por el virus sífilítico. Tambien ha sido diferentes veces comprobada de una manera positiva, la trasmision de la sífilis por la vacunacion (véase más arriba); en fin, se sabe de ciertos casos en que la sífilis fué propagada por lancetas, bisturíes ó escarificadores mal limpiados.

§. II.—*Síntomas y marcha.*I.—*Induración sifilítica y úlcera sifilítica primitiva.*

La *duración de la incubación* del virus sifilítico es de tres á cuatro semanas. Este hecho no ha sido bien comprobado hasta hace poco. Antes de conocerle no se comprendía por qué en gran número de casos, sólo después de algunas semanas se formaba una induración del fondo y bordes de un chancro; habiendo sido esta observación la que ha dado origen á la equivocada idea de creer que el chancro blando adquiría un carácter maligno, transformándose en chancro indurado. Sabíase por experiencia, que el chancro indurado era casi siempre el precursor de fenómenos secundarios. Mas la verdadera interpretación de este fenómeno es la siguiente: los dos virus, ó sean el chancroso y el sifilítico, obran sobre el mismo punto; á los pocos días de verificado el contagio se produce una úlcera chancrosa, á causa de que la incubación del virus chancroso es muy corta; tres ó cuatro días más tarde se desarrolla la induración sifilítica en la base y bordes de la úlcera chancrosa, en virtud de que hasta esta época no ha llegado á su término la incubación del virus sifilítico. Puede suceder que cuando termine la incubación del virus sifilítico esté ya cicatrizado el chancro, presentándose entonces la induración en la cicatriz de esta última. En fin, puede también suceder que una induración sifilítica se transforma en úlcera chancrosa, por la acción ulterior del virus chancroso.

Después de la inoculación ó transmisión accidental del virus sifilítico sobre un individuo predispuesto á su acción, es decir, sobre una persona que no está atacada y jamás haya padecido sífilis, se produce al terminar el período de incubación, no una vesícula ó una pústula que se rompe y deja una úlcera como sucede después de la inoculación ó transmisión accidental del virus chancroso, sino una pápula ó una nudosidad dura

más ó ménos voluminosa. Las pequeñas *índuraciones sífilíticas* tienen las dimensiones de una lenteja ó de un guisante, y las *índuraciones grandes* las de una haba ó de una avellana pequeña. El exámen microscópico demuestra que la *índuración* es debida á una proliferación abundante de células y de núcleos sin propiedades características, que se encuentran alojados entre los elementos del tejido normal y en un tejido conjuntivo poco abundante. El epidermis ó el epitelio que cubre esta *índuración* dura no presenta al principio cambio ninguno. Pero bien pronto principia á esfoliarse la capa epitelial; la capa nueva es más fina, presenta una superficie de color rojo súcío y con un brillo particular; despues de repetidas esfoliaciones, dejan de formarse nuevas capas epiteliales; queda escoriada la superficie y segrega un líquido escaso y claro. En otros casos se trasforma la superficie en escara, cuya eliminación es seguida de una úlcera de base dura. Puede, pues, también designarse la úlcera sífilítica primitiva bajo el nombre de *índuración sífilítica ulcerante*. Su asiento más frecuente son las partes genitales, en el hombre, la cara externa del prepucio y en el cuello del glande; y en la mujer, entre los pequeños labios, en la comisura posterior y en la entrada de la vagina; sin embargo, se la observa también en los pezones, en las comisuras de los labios, en la lengua y bastante á menudo en los dedos. Ningun punto del cuerpo está libre de padecerla; donde quiera que el virus sífilítico obra sobre un sitio privado de epidermis ó cubierto de una capa epidérmica muy fina, se desarrolla una *índuración primitiva*. Los puntos antes mencionados, como asientos más frecuentes de esta afección, se hallan colocados en las condiciones más favorables para el desarrollo de la infección. Si un solo folículo sebáceo es infectado, la *índuración* toma la forma de un cilindro recto; si por el contrario, se infectan una serie de folículos yustapuestos, por ejemplo, en la base del glande, haciéndose confluentes estas *índuraciones*, forman un rodete duro. Cuando los labios del meato urinario ofrecen una *índuración sífilítica*, forma el orificio de la uretra

un embudo duro de una consistencia como cartilaginosa. Es bastante frecuente que durante el coito se produzcan algunas fisuras en el borde libre del prepucio, cuando este es algo estrecho. Si estas fisuras se induran de resultas de una infeccion sifilítica, ya no puede replegarse hácia atrás el prepucio á causa de que se transforma su abertura en un anillo duro. Este fimosis, producido de la manera que decimos, desaparece cuando se disipa la induracion.

La úlcera sifilítica primitiva no tiene fondo lardáceo ni bordes picoteados, ni presenta tendencia ninguna á invadir los tejidos circunvecinos; no posee, en una palabra, ninguna de las propiedades que caracterizan al chancro. Además, la úlcera sifilítica no es dolorosa como aquel, sino, por lo comun, muy indolente. Es además generalmente solitaria, y sólo por excepcion, y cuando diferentes puntos han sido infectados *á la vez*, se encuentran varias úlceras sifilíticas. Es muy frecuente que pase desapercibida la induracion en tanto que no se ulcera, y sólo cuando ha dado lugar á una úlcera, el enfermo y el médico fijan su atencion en la dolencia. En algunos casos es insignificante la induracion, hasta el punto que puede casi confundirse con una úlcera chancrosa. En este caso desaparece la duda por la inoculacion.

Las formas más importantes de la úlcera sifilítica primitiva que suelen describirse separadamente, son:

La *úlcera sifilítica superficial* (chancro apergaminado de Ricord). Aquí la induracion forma una chapa delgada. Si se intenta formar un pliegue con una placa de este género, parece resbalar sobre la úlcera una delgada hoja de pergamino. La superficie segrega un líquido ténue muy poco abundante, en el cual no se percibe al microscopio ningun corpúsculo de pus, sino únicamente un detritus granuloso. La cicatrizacion suele practicarse con rapidez, pero tras de esta forma se manifiestan los fenómenos secundarios con igual constancia y prontitud que despues de otras.—La *úlcera sifilítica proeminente* (ulcus elevatum) deja percibir sobre un fondo calloso más ó ménos

denso, y que sobresale por encima de las partes vecinas, una superficie escoriada que segrega muy poco y casi está seca. De vez en cuando se cubre esta superficie de una débil capa de epitelium, que muy pronto se esfolia en finas laminillas hasta producirse una nueva escoriacion.—La *úlcer*a *hunteriana* (*ulcus vallatum*) tiene no sólo una placa dura por base, sino que está además rodeada de un borde elevado, duro y calloso, lo cual la hace más profunda en el centro que en la periferie. Rara vez cicatriza antes de la quinta ó sexta semana.

Las diversas formas de la úlcera sifilítica pueden algunas veces volverse fagedémicas, es decir, hacerse asiento de un proceso diftérico, cuyos destrozos se extienden con rapidez. En estos casos suele traspasar la fusion ulcerosa los límites de la ulceracion y extenderse sobre grandes porciones de piel ó de mucosa. Si la induracion sifilítica se agrega á una úlcera chancrosa á causa de haber concentrado su accion los dos virus sobre el mismo punto, se desarrolla en los más de los casos una modificacion de la úlcera hunteriana, es decir, que el borde de la úlcera chancrosa adquiere una consistencia callosa y dura, y rodea al chancro á manera de un muro. Más tarde se nota tambien una induracion en el fondo del chancro.

La duracion de la induracion sifilítica primitiva y de las úlceras sifilíticas primitivas, varia. Casi siempre pasan por lo ménos tres meses antes de que el punto indurado haya recobrado su consistencia normal. Con mucha frecuencia persiste la induracion por espacio de tres meses, y aún de más tiempo todavía. Es un hecho notable que con la aparicion de los fenómenos secundarios principia á ceder la induracion, desapareciendo despues prontamente, dejando en su lugar un espacio de color rojo moreno. Esta pigmentacion persiste por bastante tiempo en el sitio enfermo primitivamente. Cuando por último ha desaparecido, el sitio correspondiente se vuelve más blanco que la piel vecina, exactamente igual que el tejido cicatricial, producto de una nueva formacion. Si el espacio indurado no

ha sido al mismo tiempo ocupado por un chancro, no queda escavacion.

II.—*Bubones indolentes y afeccion sífilítica difusa de los ganglios linfáticos.*

Así como en muchas enfermedades infectivas agudas se produce un infarto agudo de los ganglios linfáticos, constantemente tambien se ve en la sífilis, prototipo de las enfermedades infectivas crónicas, tomar parte estos ganglios en las lesiones nutritivas determinadas por la infeccion de la economía por el virus sífilítico. Las modificaciones que los ganglios linfáticos experimentan, consisten en una hiperplasia celular; rara vez son asiento de una inflamacion propiamente dicha y de una fusion supurativa. Sucede más á menudo, sobre todo cuando dura mucho tiempo esta hiperplasia, que ciertos focos de los ganglios tumefactos sufren la metamorfosis caseosa y se incrustan más tarde de elementos calcáreos.

La induracion sífilítica primitiva constantemente da lugar á los pocos dias de desarrollarse, á un infarto indolente, ó al ménos, muy poco doloroso de los *ganglios linfáticos vecinos*, ó por otro nombre á *bubones indolentes*. El aumento de volúmen de los ganglios, que siempre participan en número considerable de esta hipertrofia, no es de ordinario muy grande. Cada uno de los ganglios tumefactos no adquiere generalmente más que el volúmen de una haba ó de una almendra, siendo completamente excepcional, y ocurriendo principalmente en los individuos escrofulosos, el que lleguen á tomar las proporciones de una nuez. El tejido conjuntivo circunvecino no toma parte ninguna en el proceso; se conservan los ganglios aislados, y aun en los casos en que el considerable engrosamiento de un gran número de ganglios da lugar á un tumor voluminoso, conserva este último una consistencia irregular y abollada, pudiendo reconocerse perfectamente que está compuesto de una aglome-

racion de ganglios sueltos. Se encuentra algunas veces entre la úlcera primitiva y los bubones indolentes un *cordón engrosado é indurado de vasos linfáticos*. En los casos raros en que los bubones indolentes llegan á supurar, se adhiere íntimamente la piel á los ganglios subyacentes, principia á enrojecerse poco á poco, y el tumor se hace doloroso; pero suele pasar mucho tiempo para que pueda percibirse la fluctuacion. Cuando, por último, se ha evacuado espontáneamente el contenido purulento, ó se ha abierto el absceso por una puncion, se producen úlceras sinuosas y fistulosas de larga duracion.—La resolucion de los bubones indolentes se opera con mucha lentitud. Siempre pasan algunos meses antes de que los ganglios tumefactos disminuyan de volúmen, necesitándose muchas veces años enteros para hacer desaparecer las últimas señales de la tumefaccion. Cuando sobre algunos sitios se ha producido una fusion caseosa y una incrustacion calcárea, persisten para toda la vida unas pequeñas prominencias induradas.

Por causa de ser el asiento ordinario de la induracion sifilítica las partes genitales, los bubones indolentes se encuentran en la region inguinal con mayor frecuencia que en ninguna otra, afectándose casi siempre sólo los ganglios linfáticos situados por encima de la fascia lata del lado correspondiente á la induracion. Si la boca ha sido el asiento de una afeccion primitiva, se apodera el infarto de los ganglios submaxilares; si por el contrario, reside la induracion en los dedos, el ganglio cubital y los ganglios axilares son los que se infartan.

A las cinco ó seis semanas, próximamente, de aparecer los bubones indolentes, se nota por un detenido exámen una tumefaccion de numerosos ganglios linfáticos, situados lejos del sitio de infeccion y de los bubones indolentes, en las regiones más diversas del cuerpo. Los ganglios linfáticos que se infartan más y con más frecuencia, son los ganglios cervicales, los axilares, los de la ingle del lado opuesto, el ganglio cubital, y los ganglios submaxilares. El volúmen de estos órganos varia entre las dimensiones de un guisante y las de una haba ó de una

avellana; son completamente indolentes, y casi tan insensibles á la presion, como cualquiera otra region de la piel. Muchas veces persisten estos abultamientos difusos de los ganglios linfáticos por espacio de muchos años; mientras existan, no está extinguida la sífilis, aun admitiendo que en aquel instante no haya otras manifestaciones de la enfermedad. La inflamacion y fusion supurativa de esta especie de infarto ganglionar sólo se encuentra muy excepcionalmente, y siendo siempre resultado de alguna complicacion.

III.—*Condilomas.—Placas mucosas.*

Sólo los condilomas anchos cubiertos de una fina capa epidérmica, y que cuando cubren la piel exterior suelen hacersé asiento de una ulceracion superficial, cubriéndose entonces de una secrecion mucosa que exhala muy mal olor, tienen un origen sífilítico. Los condilomas secos, cónicos, cubiertos de un epidermis grueso, son resultado de causas locales, y se producen especialmente en los puntos bañados por la secrecion blenorragica. Los condilomas sífilíticos son casi los más comunes de todos los fenómenos de la infeccion general; es muy raro que falten en la série de procesos morbosos que poco á poco se desarrollan por el influjo de la infeccion sífilítica. Tambien son generalmente los condilomas los primeros que suceden á las afecciones primitivas y al infarto de los ganglios linfáticos, abriendo la série de las lesiones nutritivas. Ya anteriormente hemos descrito la forma exterior y la estructura histológica de los condilomas. Los condilomas blandos que ocupan la piel exterior, residen ordinariamente entre las nalgas; en las mujeres en los grandes labios, y en el escroto y sobre la piel del miembro en los hombres; algunas veces se extienden hasta la cara interna de los muslos. Bastante á menudo se encuentran los condilomas sífilíticos en el ángulo de la boca, más rara vez en las comisuras de los párpados, entre los dedos, en los pezones

de las mamas y debajo de éstas. Muchas veces se hienden, sobre todo cuando al reunirse forman excrescencias extensas, y dan entonces lugar á úlceras dolorosas y rebeldes. Al rededor de los condilomas suele con frecuencia producirse en la piel grietas ó hendiduras acompañadas de vivos dolores, y que cicatrizan lentamente. Entre los condilomas sifilíticos que se observan sobre las membranas mucosas, describimos ya en el tomo primero los de la cavidad bucal y faríngea, y las vegetaciones condilomatosas que ordinariamente acompañan á la úlcera sifilítica de la laringe.

IV.—*Afecciones sifilíticas de la piel.—Sifilides.—Exantemas sifilíticos.*

Las afecciones sifilíticas de la piel consisten unas veces en hiperemias y en procesos exudativos, y otras en tumores gomosos (sifilomas nudosos) con sus metamorfosis. En el primer caso la exudacion se deposita unas veces sólo en el tejido del dermis, otras en su superficie, y algunas en los dos puntos á la vez. Las modificaciones que de aquí resultan, y las diferencias de asiento y extension de estas eflorescencias, sirven de base á la division de la sifilides en numerosas especies. Pero como la division de todas las hiperemias é inflamaciones no sifilíticas de la piel se halla igualmente fundada sobre estos principios, podremos resumir la descripcion de la sifilides en pocas palabras, y limitarnos á señalar las diferencias que distinguen los exantemas sifilíticos de los no sifilíticos.

Entre los caractéres distintivos y comunes á los exantemas sifilíticos, siempre se ha atribuido una gran importancia al color. En efecto; todos los exantemas sifilíticos, ó por lo ménos aquellos que duran desde hace algun tiempo, se distinguen por un tinte cobrizo *sui generis*, y los exantemas crónicos que no tengan dicha coloracion no deben ser atribuidos á la sífilis, aun cuando existan sobre personas notoriamente sifilíticas. Esta

proposicion no puede ser invertida. Los exantemas que presentan este tinte cobrizo están lejos de ser todos de origen sifilítico, como lo prueba hasta la evidencia la psoriasis y ante todo el acné rosácea ó couperose. El color cobrizo proviene de que el tinte rojo debido á la hiperemia capilar, está mezclado de azul, amarillo ó moreno, tintes que deben su origen á pequeñas extravasaciones sanguíneas y á las modificaciones sufridas por la hematina de la sangre extravasada. Los exantemas sifilíticos muy recientes no presentan este tinte cobrizo, ya porque todavía no se hayan producido las extravasaciones, ó ya porque el color de la sangre extravasada no se haya aún modificado. Otra particularidad de los exantemas sifilíticos, é íntimamente relacionada con la que acabamos de señalar, supuesto que tambien depende de la trasformacion lenta de la materia colorante extravasada en pigmento, consiste en que los exantemas ya curados dejan casi siempre en su lugar puntos pigmentados. Distingúense además los exantemas sifilíticos de los no específicos, en que sus diferentes formas se confunden mucho más todavía que en estos últimos. Casi siempre se percibe sobre el mismo individuo erupciones pertenecientes á diferentes especies, y aun algunas eflorescencias, sobre las cuales dudamos si deben incluirse en una categoría ú otra. Así, se encuentran muchas veces, por ejemplo, manchas rojas, que se vacila en considerar como manchas de roseola, á causa de que están cubiertas de escamas epidérmicas, y que no pueden tampoco confundirse con el psoriasis, puesto que la capa formada por estas escamas epidérmicas es mucho ménos grasosa que en el psoriasis no sifilítico. Otra condicion igualmente importante para la distincion de los exantemas sifilíticos de los no sifilíticos, es el asiento de estas erupciones. En efecto; los exantemas sifilíticos se observan por lo general en los puntos de la piel que están expuestos al aire y en aquellos que cubren inmediatamente al periostio. Debe desconfiarse de todo exantema, que sabiendo tiene marcada predileccion por un sitio determinado, como por ejemplo, el psoriasis por las rodillas y

los codos, respeta estos sitios y se presenta donde no estamos acostumbrados á verle, como, por ejemplo, el psoriasis en la palma de la mano. Otra particularidad de los exantemas sifilíticos es que las diferentes aflorencias casi siempre afectan al agruparse una configuración en círculo ó en segmento de círculo. Es preciso tener muy presente que la única forma circular que es característica de los exantemas sifilíticos, es aquella que resulta de una agrupación en esta forma, y no la que proviene de que se haya curado el proceso en el centro mientras que ha ido progresando en la periferie. Nos falta, en fin, recordar que los exantemas sifilíticos casi nunca ocasionan picazon.—En los casos dudosos es importante, para poder distinguir si un exantema es ó no de origen sifilítico, saber si ha sido precedido de una úlcera primitiva ó si existen con él otras afecciones sifilíticas. Las *costras* que se encuentran en los individuos atacados de sífilis, se distinguen en que generalmente son mucho más gruesas que las que se forman en los individuos no afectados de esta enfermedad. Esta particularidad proviene de que bajo el contenido purulento desecado de las pústulas sifilíticas, por lo general existe una ulceración cuyos productos se convierten también en costras. Es una forma en cierto modo característica de las úlceras sifilíticas de la piel, la de riñón ó en herradura de caballo. Proviene de que una extremidad de la úlcera principia á cicatrizar, mientras que la otra extremidad del proceso sigue avanzando.

La forma más frecuente de las afecciones sifilíticas de la piel, consiste en un exantema maculoso, la *roseola sifilítica*. La erupción de las pequeñas manchas de roseola, irregularmente redondeadas y confluentes en muchos puntos, es muchas veces precedida de un estado febril. Este exantema ocupa de preferencia el vientre, las partes laterales del pecho y las ingles; la cara casi siempre queda libre, salvo los límites del cuero cabelludo. Las manchas son al principio de color rojo claro, pero más tarde se vuelven lívidas y de rojo cobrizo; tan pronto ocupan el mismo nivel de la piel, como son algun tan-

to prominentes. En el último caso se asemejan á las placas de urticaria, sin ser, sin embargo, como estas acompañadas de un sentimiento de picazon. Despues de una cierta duracion, toman las manchas de roseola un aspecto rojo moreno, dejando finalmente en su lugar manchas de color gris negruzco. En cierto número de casos se extiende el exantema al glande. En esta region, ordinariamente se cae la capa epidérmica que cubre las eflorescencias, y se forman erosiones de color rojo vivo, húmedas y ligeramente sanguinolentas, que no deben confundirse con chancros superficiales. La roseola sifilítica es uno de los síntomas de la sífilis constitucional que más prontamente siguen á la infeccion. Jamás se le observa en la sífilis inveterada. Bajo el influjo de un tratamiento mercurial, ordinariamente desaparece el exantema en el espacio de algunas semanas; cuando no se ha cuidado combatirle, se producen formas de transicion entre la roseola y las sifilides papulosas, escamosas y pustulosas.

La sifilide papulosa (*liquen sifilítico*), se distingue por su coloracion cobriza, que suele volverse moreno-roja despues de una duracion más ó ménos larga. Las pápulas tienen unas veces la dimension de un grano de mijo, y otras la de una lenteja (pápulas lenticulares); tan pronto están aisladas como reunidas en grupos. En el último caso, ordinariamente representan círculos ó segmentos de círculo. El asiento más comun de la sifilide papulosa es el limite que separa la frente del cuero cabelludo; sin embargo, se la observa tambien en el tronco y las extremidades. Despues de durar por más ó ménos tiempo, generalmente se encuentra á las pápulas cubiertas de escamillas epidérmicas. Si en lugar de esto se forma en el vértice de las nudosidades pequeñas pústulas, suele darse á este exantema el nombre de *acné sifilítico*. La sifilide papulosa, lo mismo que la maculosa, pertenecen á los exantemas sifilíticos observados en los primeros tiempos que siguen á la infeccion, sin embargo de que á veces se presenta tambien en los periodos ulteriores de la sífilis. En estos casos son ménos numero-

sas las eflorescencias, y presentan tambien mayor tendencia á formar círculos ó segmentos de ellos. La sífilide papulosa es más rebelde que la maculosa, necesitando generalmente muchas semanas para ceder á un tratamiento enérgico.

La erupcion sífilítica escamosa (*psoriasis sífilítico*) procede muchas veces de una roseola ó de un liquen sífilítico; rara vez adquieren las manchas gran extension, pero pueden llegar á ser muy numerosas. El color de la psoriasis sífilítica es más oscuro que el de la no específica. La capa escamosa ordinariamente es muy delgada. Con bastante frecuencia se forman en la piel infiltrada grietas, de las que resultan ulceraciones. Como ya antes dijimos, las rodillas y los codos quedan casi siempre libres de este exantema. La *psoriasis palmar y plantar*, que es ciertamente de origen sífilítico, principia por la formacion de pequeñas manchas redondas y ovals, de color rojo, pálido ó amarillento, y de una consistencia callosa. Despues que el epidermis, muy engrosado en estos puntos, se ha caido espontáneamente ó ha sido arrancado por el enfermo, el dermis, de color rojo cobrizo é infiltrado, se presenta al descubierto rodeado de círculos concéntricos de epidermis desecado y en via de desca-macion. Esta corona va extendiéndose, mientras que el centro principia algunas veces á curar, ó se cubre de nuevo de una capa epidérmica córnea. En algunos casos las eflorescencias, aisladas al principio, se hacen confluentes, produciéndose extensos engrosamientos del epidermis, que se abren con facilidad y dan por lo tanto origen á hendiduras ó grietas muy dolorosas.

La sífilide pustulosa recibe el nombre de *impetigo sífilítico* ó *ectima sífilítico*, segun que forma pústulas pequeñas y puntiagudas ó anchas y planas. Las pústulas están unas veces aisladas y otras reunidas por grupos, presentándose lo mismo en la cara y el cuero cabelludo que en el tronco y las extremidades; están rodeadas de una aureola cobriza y se desecan en costras que molestan especialmente, cuando residen en la cabeza, á causa de que muy fácilmente son arrancadas por el pei-

ne. Debajo de las costras formadas por las pústulas de ectima, y más rara vez debajo de las formadas por las pústulas de impetigo, se encuentran ulceraciones que penetran más ó ménos profundamente en el tejido del dermis. Las cicatrices que constantemente quedan despues de la curacion del ectima sifilítico, tienen un tinte al principio cobrizo y más tarde sumamente blanco. El impetigo, y sobre todo el ectima sifilítico, son enfermedades cutáneas mucho más graves y pertenecientes á un período más avanzado de la sífilis que las anteriormente descritas. A pesar del tratamiento más enérgico, suelen pasarse muchos meses antes de que se curen, pudiendo tambien resistir por más tiempo que todos los demás síntomas de la infeccion, estas sifilides pustulosas.

Bajo el nombre de *varicela* sifilítica, se designa un exantema que tiene efectivamente gran semejanza con la varicela. Su erupcion es casi siempre precedida de un estado febril. Las vesículas, por lo comun muy numerosas y más ó ménos repartidas por todo el cuerpo, descansan en manchas rojas. Están llenas de un líquido poco opaco al principio y más tarde purulento, y terminan por convertirse en costras redondas y negruzcas. Despues de caer éstas, quedan unas manchas morenas. Tambien esta es una forma rebelde que la repeticion de sus brotes tiende á prolongar durante semanas y meses.

La *rupia sifilítica* depende, lo mismo que el ectima sifilítico, de una dermatitis destructiva. Su manera de desarrollarse es la siguiente: En varios sitios de la piel, de la extension de un guisante ó una haba, y cuyo color es rojo lívido, se forman ampollas flácidas que están llenas de un líquido opaco, á veces sanguinolento. El contenido de las ampollas se seca y convierte en costras, que el producto de la ulceracion que continúa en las partes profundas tiende á hacer cada vez más gruesas, al mismo tiempo que nuevos anillos de vesículas formadas en la periferie, y cuyo contenido tambien se deseca, hacen aumentar las costras en extension. Si se hacen caer éstas, que se asemejan á las cubiertas de las ostras, se encuentra por de-

bajo de ellas superficies ulcerosas de un aspecto sùcio, y que segregan un líquido icoroso. Algunas veces se presentan grandes superficies del cuerpo cubiertas de numerosas costras de rupia, en parte confluentes, mientras que en otros casos no existen más que algunas costras aisladas, pero entonces son muy grandes. La rupia forma parte, lo mismo que el ectima, de las enfermedades cutáneas gráves, no manifestándose por lo general más que en los períodos avanzados de la sífilis. Su curacion se opera con gran lentitud. Es bastante comun que no cicatrice más que en un lado de la úlcera oculta debajo de las costras de rupia, mientras que en el lado opuesto se extiende más lejos la ulceracion. De aquí resultan úlceras en forma de riñon ó de herradura. Las cicatrices que quedan permanentes despues de curada la rupia, se parecen mucho á las del ectima, pero son mayores que estas últimas.

Mientras que las enfermedades sifilíticas hasta ahora descritas son los resultados de procesos irritativos é inflamatorios, *el lupus sifilitico* depende del desarrollo y fusion de un neoplasma propio de la sífilis, y que afectando la forma de nudosidades, *tubérculos sifilíticos*, se presenta, no sólo en la piel, sino hasta en los órganos más diversos. Los tubérculos sifilíticos llamados por Virchow tumores gomosos ó gomas, hasta cuando tienen una consistencia dura y la conservan en toda su duracion, y por Wagner sifilomas nudosos, no tienen nada de comun con los tubérculos en el sentido habitual de esta palabra. Virchow los incluye entre los tumores de granulacion, es decir, entre aquellos que aun llegados á su más grande desarrollo no encierran una sustancia conjuntiva completa ni nada semejante, sino que exclusivamente se componen de elementos de naturaleza transitoria, y que regular y necesariamente se terminan por la fusion, la destruccion, el reblandecimiento y la ulceracion. Los tubérculos sifilíticos, donde quiera que se encuentren, se componen de masas de células sumamente numerosas, pero muy pequeñas, y provistas de núcleos muy voluminosos; estas masas de células están alojadas en los in-

tersticios de los tejidos, y son debidas á una proliferacion superabundante de los elementos celulares de estos últimos. Las nudosidades recientes tienen un tinte gris rojizo, son blandas y están empapadas de un jugo poco abundante y mucoso. Cuando las nudosidades existen desde hace más ó ménos tiempo, se reblandecen y ulceran, ó sufren una metamorfosis grasosa, incompleta, y muchas veces caseosa.—El asiento más frecuente de los tubérculos sífilíticos de la piel es la cara, y sobre todo la frente (corona de Venus), despues la region del omoplato, y en las extremidades el plano correspondiente á los extensores. Las nudosidades están unas veces implantadas superficialmente y otras en las partes profundas. Al principio se percibe en la piel un pequeño tumor movible, algo doloroso á la presion. Poco á poco se enrojece la piel que cubre á éste, y se eleva en forma de una nudosidad semi-esférica, de color rojo oscuro, que tiene cierta semejanza con un forúnculo. En algunos casos no se rompe la pared superior del tubérculo sífilítico de la piel, sino que se reabsorbe su contenido; va palideciendo su superficie, se aplasta y se forma una cicatriz no precedida de ulceracion. Cuando el tubérculo se abre, se derrama debajo del epidermis una serosidad opaca, que se convierte en costra con el epidermis. Bajo esta costra se hace cada vez más profunda la ulceracion. Bastante á menudo cubre una costra comun muy ancha, á un grupo de nudosidades estrechamente apretadas unas con otras. Las úlceras pueden conservar la forma redonda de las nudosidades; pero muchas veces sucede, que se extiende por un lado la ulceracion, mientras que por el otro se verifica un trabajo de granulacion y cicatrizacion. De esta manera, el lupus sífilítico ocasiona, lo mismo que el no sífilítico, úlceras en forma de riñon ó de herradura. Las cicatrices que quedan despues de la curacion del lupus sífilítico, se conservan por más ó ménos tiempo pigmentadas y de color moreno rojizo, y toman más tarde, cuando el proceso ha terminado su evolucion, un tinte sumamente blanco.

Los *cabellos* suelen caerse en los sujetos atacados de sífilis;

sin embargo, si el cuero cabelludo no ha sido asiento de algun exantema, la alopecia no es definitiva; los folículos pilosos no se destruyen, y una vez extinguida la sífilis aparece una cabellera tan abundante como antes. Por el contrario, los exantemas sífilíticos del cuero cabelludo ordinariamente destruyen los folículos pilosos, y ocasionan una calvicie ó una alopecia definitiva.

Hasta las uñas sufren algunas veces modificaciones en las personas atacadas de sífilis, cuando la matriz de la uña toma parte en una afeccion sífilítica de la piel. En caso de infiltracion simple de la matriz, tal como la que á veces acompaña al psoriasis sífilítico, la uña se degenera, se vuelve deforme, hendida y adquiere el aspecto del cuerno; en las ulceraciones, por lo demás bastante raras, de la matriz, ó sea en la onixis sífilítica, se cae la uña.

V.—*Afecciones sífilíticas de las mucosas,*

Después de la piel, son las mucosas las que con más frecuencia se hacen asiento de afecciones sífilíticas, pero estas membranas están lejos de ser atacadas todas con igual frecuencia. Principalmente sobre la cubierta mucosa de la cavidad bucal y faríngea, de la nariz y de la laringe, y en segundo lugar, sobre la mucosa del recto, es donde la sífilis tiene más tendencia á localizarse.

La forma más ligera de las afecciones sífilíticas de las mucosas, y al mismo tiempo la que más pronto sigue á la afeccion primitiva, es el *catarro sífilítico*. En un caso dado, está muy lejos de ser siempre fácil distinguir el catarro determinado por la sífilis de otro provocado por distintas causas. Una rubicundez muy oscura, casi azulada; una completa separacion entre los puntos enfermos y los sanos, y una opacidad lechosa de la capa epitelial, constituyen síntomas sospechosos, es cierto, pero de ningun modo patognomónicos. En la mayor parte de los casos se funda principalmente el diagnóstico, sobre los anam-

nésticos, en la coexistencia de otras afecciones sífilíticas, sobre todo de una tumefaccion de los ganglios linfáticos y de exantemas maculosos ó papulosos; y en fin, sobre la tenaz resistencia que el catarro opone á todo tratamiento no específico y en su pronta desaparicion bajo el influjo de los mercuriales.

Entre los síntomas más comunes y tambien muy precoces de la sífilis, deben contarse las *pápulas mucosas sífilíticas* y sus terminaciones en *condilomas*, ó bien en *erosiones y úlceras*. Su manera de producirse es la siguiente: sobre el nivel de las partes inmediatas se eleva un espacio redondo, que apenas tiene las dimensiones de un guisante, se hace más resistente, y parece ligeramente enrojecido. Si en este momento no se practica una evolucion regresiva á beneficio de un tratamiento conveniente, el epitelio que cubre á esta nudosidad plana se enturbia y toma un aspecto lechoso ó anacarado. Despues de la eliminacion de la gruesa capa epitelial, queda una erosion de color rojo vivo algo sanguinolento. Esta se trasforma en una úlcera de fondo desigual, gris blanquecino, debido á una fusion molecular, ó bien se desarrollan bajo el influjo de una vegetacion exagerada y de una formacion de fibrillas de tejido conjuntivo, condilomas ó placas mucosas. En el tomo I describimos detalladamente las pápulas mucosas y las úlceras y condilomas que de estas proceden, en la cavidad buco-faringea y en la laringe.—Las afecciones sífilíticas del recto rara vez se observan en su principio. En este punto las úlceras procedentes de pápulas mucosas ofrecen gran semejanza con las úlceras disintéricas; lo mismo sucede con las cicatrices que dichas úlceras dejan en su lugar. Hay una circunstancia que facilita hasta cierto punto la distincion, cual es el asiento de las úlceras y retracciones cicatriciales que pueden ocasionar, encontrándose ordinariamente las lesiones sífilíticas en la dilatacion del recto ó en el ano mismo, y las lesiones disintéricas en la S iliaca.

Las *gomas ó sífilomas nudosos* de las mucosas son de igual naturaleza, y se desarrollan del mismo modo que las del dermis. Fórmase en el tejido de la mucosa una pequeña nudosidad

del tamaño de un perdigon, la cual aumenta insensiblemente y sobresale algun tanto de la mucosa.—Si esta nudosidad no es reabsorbida á beneficio de un tratamiento racional, se reblandece, perfora la capa epitelial y se trasforma en úlcera. Las gomas sifilíticas pueden ocasionar vastas destrucciones de la nariz y el paladar, de los órganos de la faringe y de la laringe. No es raro se apodere la destruccion del tejido submucoso, de los cartilagos, el periostio y los huesos. Despues de la curacion se observan muchas veces retracciones cicatriciales.

VI.—*Iritis sifilítica.*

La inflamacion del iris y de la coroides es una de las lesiones nutritivas que se presentan con frecuencia bajo el influjo de la infeccion sifilítica. Es muy frecuente sobre todo, que complique los exantemas sifilíticos. Los oftalmólogos modernos no creen en la existencia de caractéres específicos, tales como la retraccion de las pupilas hácia arriba y adentro, que sirvan para distinguir la *iritis y coroiditis sifilíticas simples* de otras inflamaciones no sifilíticas de estas membranas. Además de la iritis sifilítica simple existe una segunda forma, á la cual se ha dado el nombre de *iritis gomosa*. Debemos dejar para los tratados de oftalmología la descripcion de los síntomas característicos y de la marcha de esta iritis gomosa.

VII.—*Afecciones sifilíticas del periostio y de los huesos.*

Un síntoma frecuente de la sífilis, consiste en la percepcion de *dolores á lo largo de los huesos* sin modificaciones apreciables de su estructura. Estos dolores son ordinariamente al principio vagos, y más tarde se limitan á ciertos huesos situados por lo general inmediatamente debajo de la piel, tales como las tibias y los huesos del cráneo; se aumentan por la presion, remiten por lo general durante el dia, y se exasperan por la noche. Estos dolores, llamados osteócopos, dependen probable-

mente de una afección ligera del periostio, que puede disiparse rápida y completamente, y parece reducirse á una hipermia moderada y á un edema inflamatorio. La considerable tiorantez que el periostio, tan poco elástico por naturaleza, debe experimentar á la menor infiltración serosa, explica perfectamente la violencia de estos dolores.

En los casos graves de sífilis inveterada suele con frecuencia formarse sobre ciertos huesos, y en medio de dolores que por la noche se exasperan hasta un grado extraordinario, engrosamientos, á los que se ha dado el nombre de *gomas* cuando tienen una consistencia pastosa, y de *tofus* cuando presentan gran dureza. Se presentan, como todas las afecciones sífilíticas del periostio y de los huesos, especialmente en los del cráneo, en las tibias, el esternon y otros huesos situados inmediatamente debajo de la piel. Las *gomas* deben su nombre á un líquido viscoso que sale de estos tumores cuando en ellos se hace una punción; están formadas por células y núcleos y por un tejido conjuntivo escaso, provisto de una sustancia intercelular líquida muy abundante; por sus elementos, corresponden exactamente á los sífilomas recientes. Estos tumores gomosos pueden disminuir y desaparecer completamente por efecto de una reabsorción del líquido, y hasta de los elementos celulares que previamente sufren una metamorfosis grasosa. En otros casos se forma en ellos pus, y se convierten en abscesos, los cuales vierten su contenido al exterior, ya espontáneamente, ó ya después de abrirles artificialmente.—Los *tofus*, si bien presentan gran dureza desde su origen, y pueden ser fácilmente confundidos con tumefacciones del tejido óseo mismo, no son en definitiva más que condensaciones circunscritas y recientes del periostio y desprendimientos de esta membrana por una exudación inflamatoria. La periostitis á que deben su origen tiene muy poca tendencia á la supuración, y si oportunamente se la somete á un tratamiento racional suele lograrse resolver los *tofus*. Después de una mayor ó menor duración de estos tumores, el periostio, engrosado, se hace asiento de una neopla-

sia huesosa, formándose entonces verdaderos *exostosis* que ya no son susceptibles de una evolucion regresiva. Además de los *exostosis* que acabamos de citar, y los cuales son debidos á una neoplasia huesosa, cuyo punto de partida es el periostio, hay tambien otros que resultan de una hiperplasia inflamatoria del mismo hueso. Los tofus y los *exostosis* pueden ocasionar por la presion que sobre los nervios vecinos ejercen, neuralgias, anestias y paralisis, y aun ocasionar, cuando residen sobre la cara interna del cráneo, graves fenómenos cerebrales.

La *caries* y la *necrosis sifilíticas*, son en algunos casos el resultado de una periostitis supurativa, en la cual el pus derramado entre el periostio y el hueso ha separado la porcion huesosa correspondiente de una parte de sus vasos nutricios; en otros casos dependen estas afecciones de una ulceracion que tiene su origen en sus partes blandas, y que se propaga hasta el periostio, al cual destruye hasta el punto de poner el hueso al descubierto; en fin, hay tambien casos en que el periostio no participa al principio de la lesion, sino que la necrosis ó la *caries* son resultados de una inflamacion huesosa (simple ó gomosa), nacida bajo el influjo de la infeccion sifilítica. En cuanto á la cuestion de saber por qué la denudacion del hueso y la osteitis ocasionan en ciertos casos la ulceracion huesosa ó *caries*, y en otros casos la muerte de un segmento huesoso más ó ménos considerable, ó por otro nombre la necrosis, no nos pararemos á resolverla, supuesto que pertenece al dominio de la patologia quirúrgica general. Cuando de resultas de una necrosis sifilítica llega á desprenderse un secuestro huesoso de cierta dimension, rara vez es reemplazada la pérdida de sustancia por una neoplasia huesosa; ordinariamente queda para siempre un punto deprimido, ó bien si el hueso ha sido perforado, una cavidad de bordes lisos. La *caries* y la necrosis se observan en los sifilíticos, con muchísima más frecuencia en los huesos de la cara y del cráneo que en los del tronco y extremidades, sin que estos, sin embargo, sobre todo el esternon, la tibia y la clavícula, queden absolutamente inmunes. Las destruc-

ciones más horribles son las que la sífilis produce en los huesos de la bóveda y la nariz. Por lo común se fija la destrucción primero sobre el vómer y la lámina perpendicular del etmoides, la cual hace comunicar entre sí las dos cavidades nasales por aberturas más ó menos considerables. Más tarde desaparece completamente el tabique huesoso, así como las conchas, las paredes de las células etmoidales y la cueva de Higmore, los huesos propios de la nariz, y los lacrimales. La nariz pierde su punto de apoyo, se aplasta por detrás de la punta, y ésta se dirige hácia arriba. Si el proceso invade el suelo de la cavidad nasal, suele producirse una perforacion de la bóveda palatina y una comunicacion entre la boca y la nariz, lo cual hace que al comer y beber el enfermo, penetren los alimentos y líquidos en esta última. Es más raro que la destrucción de la bóveda huesosa del paladar tenga por punto de partida lesiones de la boca; sin embargo, me ha ocurrido observar en la cara inferior del paladar huesoso, la eliminacion de un sequestro de las dimensiones de una moneda de dos pesetas, sin ozena sífilítico.—Si la caries y necrosis de los huesos de la nariz se desarrollan á consecuencia de úlceras de la mucosa que penetran profundamente y destruyen el periostio, tienen los enfermos por espacio de un tiempo más ó menos largo un flujo icoroso, fétido, sanguinolento muchas veces, al que se mezclan más tarde pequeños fragmentos huesosos de color negruzco. Muchas veces se perfora en estos casos el tabique de la nariz sin que el tegumento cutáneo presente modificaciones especiales. Si por el contrario, la destrucción de los huesos de la nariz ha sido precedida de una periostitis sífilítica, la piel exterior empieza á enrojecerse, la mitad correspondiente de la cara se pone edematosa, las partes blandas exteriores son algunas veces atravesadas por el pus y los fragmentos huesosos, quedando aberturas fistulosas en el dorso de la nariz. El ozena sífilítico puede curarse completamente despues de una destrucción más ó menos extensa de los huesos de la nariz. Hace algun tiempo que observé, al practicar la autopsia de un individuo

que padeció sífilis, á la vez que una anostosis excéntrica, extensa y reciente (véase más adelante), una completa desaparición del tabique huesoso, de todas las conchas y de la pared interna del seno maxilar; pero ninguna parte del hueso habia sido puesta al descubierto. La cavidad espaciosa que representaba la nariz, estaba tapizada por una membrana cicatricial lisa.

Además de la caries y de la necrosis se encuentra en la sífilis inveterada una tercera afección huesosa destructiva, exactamente descrita por primera vez por Bruns, pero señalada en primer lugar por Virchow como una afección que depende con mucha frecuencia de la infección sifilítica. Bruns define esta especie particular de fusión huesosa á que él llama *anostosis excéntrica*, de la manera siguiente: es una disolución y liquefacción excéntrica de la masa huesosa, que tiene su punto de partida en la superficie interna de los canaliculos de Habers y de las células medulares, acompañada de engrosamiento y rubicundez del tejido que atraviesa estas cavidades, pero no dando jamás lugar á una formación de pus; esta disolución y liquefacción tienen al principio por efecto, hacer mayores los espacios medulares á expensas de sus paredes, y los progresos de la reabsorción les hacen confluír más tarde y formar cavidades irregulares. El sitio afectado del hueso toma á consecuencia de este proceso el aspecto poroso y esponjoso de los huesos careados, y es imposible, segun Bruns, distinguir en los huesos macerados si la destrucción es resultado de la caries ó de la anostosis excéntrica. Si la anostosis tiene por punto de partida la pared externa de los huesos craneanos, toma esta al principio en la superficie un aspecto rugoso y parece corroído lo mismo que en la caries superficial; pero más tarde la pérdida de sustancia se hace cada vez más profunda y hasta puede ocasionar en algunos sitios la perforación de la pared craneana. La cara interior del pericráneo está desgastada, hinchada y granulada en los límites de la afección; el tejido medular que atraviesa las partes óseas enfermas se trasforma en una masa

rojiza vascular y en conexión íntima con el pericráneo; en ninguna parte existe la menor señal de secreción purulenta; la sustancia huesosa circunvecina permanece intacta, ó bien se produce una neoplasia huesosa sobre el límite del sitio enfermo, que se halla entonces rodeado por un borde saliente; también puede suceder cuando este proceso ocupa la superficie externa del cráneo, que se opere una extensa neoplasia huesosa en la superficie interna de la bóveda craneana. Esta descripción de la anostosis excéntrica, copiada casi al pie de la letra de la obra de Bruns, está tan completamente de acuerdo con la descripción que Virchow hace de la caries seca ó atrofia inflamatoria de la sustancia cortical de los huesos en los sífilíticos, que es indudable que ambos observadores han descrito una sola y misma enfermedad.—Examinando al microscopio el tejido blando y las masas más sólidas y resistentes que encierran en sus cavidades una sustancia blanca amarillenta, que en otros casos había encontrado en los huecos de los huesos atacados de sífilis, ha llegado Virchow á convencerse que el contenido cilíndrico ó cónico de las cavidades de donde parte la fusión del hueso, está constituido por el neoplasma sífilítico ó específico llamado por él goma, aun en los casos en que no forma tumor ni ofrece blandura, y á que Wagner da el nombre de sífiloma.

VIII.—*Sarcocele sífilítico.*

Bajo el influjo de la infección sífilítica, se desarrolla algunas veces una inflamación del testículo, que se distingue de las demás formas de la orquitis por ciertas particularidades, y ante todo por su asiento y su larga marcha. La afección tiene por punto de partida la túnica albugínea y sus expansiones, y ocasiona una proliferación inflamatoria de células jóvenes y de tejido conjuntivo reciente en la cara interna de la albugínea y entre los canalículos seminíferos. Bajo la presión de este neoplasma, que más tarde se retrae y adquiere una consistencia dura y callosa, la sustancia glandular propiamente dicha se

atrofia. Además de esta orquitis sifilítica simple, existe una segunda forma, que se distingue por nudosidades duras, secas, de color blanco amarillento y de una estructura homogénea, que se desarrollan en el testículo enfermo á la vez que dicha vegetacion de la túnica albuginea. Virchow llama á la primera forma orquitis sifilítica simple, y á la segunda orquitis gomosa. Wagner cree que el sifiloma nudoso que corresponde á los tumores gomosos, no difiere esencialmente del sifiloma difuso. Segun su opinion, la primera forma representa el sifiloma infiltrado, y la segunda el sifiloma nudoso del testículo.—Los síntomas del sarcocele sifilítico son un abultamiento lentamente progresivo de uno ú otro testículo, fenómeno que se desarrolla sin dar lugar á ningun dolor, ó que ocasiona de vez en cuando dolores lancinantes. El testículo adquiere una dureza notable, pierde su forma regular y puede llegar hasta el volumen del puño. Con bastante frecuencia se complica el sarcocele con un derrame seroso en la túnica vaginal. En algunos casos, despues de haber hecho grandes progresos la enfermedad en un testículo, invade tambien el otro.—En fin, tambien admite Virchow una *periorquitis* sifilítica; esta puede, segun él, manifestarse bajo la forma de un hidrocele, pero ordinariamente provoca engrosamientos de la túnica albuginea y de la túnica vaginal, y adherencias ó sinequias completas de estas membranas.

En el *tejido conjuntivo subcutáneo y submucoso*, así como en los intersticios de los músculos, se encuentra en la sífilis inveterada tumores que ofrecen las particularidades anteriormente descritas del tubérculo ó goma sifilítica (Virchow). Estos tumores sufren algunas veces una evolucion regresiva cuando son sometidos á un tratamiento conveniente; en otros casos pasan á la supuracion, y ocasionan abscesos y úlceras rebeldes.

Tambien los *músculos*, sobre todo los de las extremidades superiores, del cuello y de la nuca, sufren á veces lesiones nutritivas de naturaleza sifilítica. Admite Virchow una forma

simple y otra gomosa de la inflamacion sifilítica de los músculos. Depende la primera de una hiperplasia del tejido intersticial, que da origen al desarrollo de un tejido conjuntivo indurado, mientras que los acecillos musculares primitivos desaparecen por una especie de atrofia. En la última, se forman en los músculos tumores de volúmen á veces considerable, y quedando un corte presentan el aspecto de núcleos blandos algo rojizos ó amarillentos, ligeramente estriados, y por lo general algo húmedos. El exámen microscópico da á conocer en ellos un estado granuloso del tejido conjuntivo intramuscular, debido al desarrollo de células finas que sufren muy pronto la degeneracion grasosa, por efecto de la cual se destruyen y no dejan en su lugar más que una masa finamente granulada muy rica en grasa, y al parecer amorfa.—A veces se encuentran focos semejantes en los músculos del corazon; es posible que ciertos casos de generacion callosa parcial del tejido cardiaco, no sean más que los residuos de una miocarditis gomosa de origen sifilítico.

En la clase de afecciones sifilíticas de los *órganos internos*, ya hemos descrito detalladamente la *hepatitis sifilítica*.—Wagner y otros observadores han encontrado afecciones sifilíticas en todo semejantes á las del hígado y que ocasionaban, bien engrosamientos de su cubierta, ó bien induraciones difusas del tejido en el *bazo*, *los riñones* y hasta en el *páncreas*. Ya Dittrich habia observado el desarrollo de afecciones sifilíticas del pulmon en forma de engrosamientos tuberculosos, de consistencia muy dura y de color blanco ó bien negruzco, por causa de un depósito de pigmento, y los cuales encierran focos secos y caseosos. Además de estas pneumonías gomosas, parece existen tambien pneumonías intersticiales simples, que no ocasionan más que induraciones. A veces es muy difícil y casi imposible decidir si una afeccion pulmonar es ó no de naturaleza sifilítica.—Las *encefalopatías sifilíticas* consisten á veces en *inflamaciones crónicas de las meninges*, que pueden invadir, ya la dura madre bajo la forma de paquimeningitis exter-

na (endocranitis) ó interna, ó ya la aracnoides, ó bien, en fin, la pia madre, y que, tan pronto circunscritas como difusas, pueden ocasionar, entre otros varios síntomas, la parálisis de tal ó cual nervio cerebral. Algunas veces consisten tambien en *afecciones sífilíticas limitadas á un foco cerebral*, y que antes se confundian con colecciones purulentas condensadas, y sobre todo con tubérculos caseosos.

De esta breve enumeracion de las afecciones sífilíticas de los diversos tejidos y órganos, resulta que la localizacion de la sífilis constitucional es mucho más variada de lo que antes se creia, quedando plenamente justificada la idea expresada por Wagner, segun la cual, el sífiloma puede encontrarse en todos los tejidos y órganos ricos en vasos.

X.—*Marcha general de la sífilis.*

Es muy extraordinario que la infeccion por el virus sífilítico provoque en unas épocas síntomas muy culminantes, mientras que en otras ningun fenómeno, si no es el infarto ganglionar, traduce la persistencia de la infeccion. Despues de curada la úlcera primitiva, ordinariamente pasan por lo ménos algunas semanas antes de que puedan percibirse condilomas, exantemas ú otras consecuencias de la infeccion sífilítica, y cuando estas afecciones han desaparecido, tambien suele mediar un intervalo libre de todo síntoma específico, viniendo despues á interrumpir este estado de curacion aparente una nueva série de afecciones sífilíticas. Estas alternativas, que se repiten varias veces en el curso de la enfermedad, no han tenido hasta ahora explicacion posible. El tiempo que media entre la curacion de la afeccion primitiva y la primera manifestacion de los fenómenos secundarios, y los intervalos libres que separan las diferentes séries de afecciones secundarias, varian mucho en los diferentes casos particulares. Las causas de esta diferencia, las influencias que abrevian ó prolongan la duracion del estado latente, nos son tambien desconocidas en su mayor parte. Sin

embargo, parece que una constitucion robusta y un régimen succulento hacen aparecer antes y repetir más pronto los síntomas secundarios que bajo condiciones opuestas, y que por otra parte, la mayor ó menor duracion del estado latente depende del tratamiento empleado. Barenprung, fundado en su gran experiencia, afirma que bajo el influjo de un tratamiento no mercurial jamás se obtiene un estado latente de muchos meses, ni con mayor razon de muchos años; que al contrario, en tales condiciones se manifiestan lo más tarde, afecciones secundarias ó recidivas de estas mismas, seis semanas despues de curada una úlcera indurada ó de desaparecer las afecciones secundarias combatidas últimamente. No vacila en declarar definitivamente curado á todo individuo que no habiendo tomado preparados mercuriales, se ve libre durante tres meses consecutivos de todo síntoma de sífilis constitucional. Si esto llegara á confirmarse, deberian atribuirse exclusivamente al tratamiento mercurial algunos casos positivamente comprobados en que el estado latente de la sífilis ha sido de diez ó veinte años. Sin embargo, un estado latente tan largo constituye una rara excepcion, haya ó no seguido el enfermo un tratamiento basado en el mercurio. Igualmente es raro se presenten fenómenos secundarios antes de la cicatrizacion de una úlcera primitiva de fecha reciente. En general, los primeros fenómenos secundarios se manifiestan á los dos ó tres meses de verificarse la infeccion, y las recaidas suelen estar separadas por intervalos de igual duracion.

El orden en que se suceden los síntomas de la infeccion sífilítica y las combinaciones que estos forman entre sí, ofrece un tipo casi regular. Una persona curada de una úlcera indurada puede esperarse sea atacada despues de algunos meses de condilomas, de un exantema maculado ó de una angina sífilítica; pero en dicha época no debe temerse aparezca la rupia, ni el lupus, ni ninguna afeccion huesosa. Reciprocamente, cuando una persona ha tenido desde algunos años antes varias afecciones sífilíticas, está expuesta á ser atacada de afecciones

destructivas de la piel y del tejido celular subcutáneo, de caries y de necrosis sífilítica. Se ha dado el nombre de *afecciones secundarias* á las lesiones nutritivas, que combinándose frecuentemente entre sí, constituyen la primera série en la sucesion de las lesiones sífilíticas, y el de *afecciones terciarias* á aquellas que, combinándose tambien con mucha frecuencia entre sí, no se manifiestan hasta más tarde. Entre las afecciones secundarias ordinariamente se encuentran los bubones indolentes, los condilomas y los exantemas, excepto la rupia y el lupus, las úlceras superficiales de las mucosas y la iritis; entre las afecciones terciarias, la rupia, el lupus sífilítico, las enfermedades huesosas, los tumores gomosos del tejido conjuntivo, subcutáneo, submucoso é intersticial, y las enfermedades sífilíticas de los músculos y de los órganos internos. Si se comparan entre sí ambas séries, se reconoce que las afecciones secundarias tienen un carácter ménos maligno, es decir, ménos destructor que las afecciones terciarias, y que ordinariamente se limitan á los tejidos superficiales, sobre todo á la piel y á las mucosas, mientras que las afecciones terciarias invaden tambien los órganos más profundos y más esenciales. La division en accidentes secundarios y terciarios tiene tambien, aparte de los caracteres patológicos que distinguen á una y otra série, su razon de ser bajo el aspecto del tratamiento. Evidentemente, el principio sobre el cual se funda esta clasificacion implica ya la *imposibilidad de separar exactamente las formas secundarias y terciarias*, y la discusion que se ha sostenido sobre si las formas de transicion, por ejemplo el sarcocele, que sin incluirse entre los primeros síntomas de la infeccion general suele, sin embargo, preceder al lupus y á las enfermedades huesosas, ocupando tambien el término medio entre ambas, respecto á la malignidad y asiento de la enfermedad, deben contar entre los accidentes secundarios ó terciarios; esta discusion, decimos, es ociosa é inoportuna. En algunos casos excepcionales muy raros, se presentan ya afecciones huesosas de carácter destructor entre los primeros síntomas

de la sífilis constitucional. Los adversarios del tratamiento mercurial acusan al mercurio de provocar esta prematura manifestacion de los accidentes llamados terciarios, ó avanzan más y pretenden que el uso de los mercuriales no hace más que exagerar la influencia deletérea del virus sífilítico sobre la economía, y convertirse en causa directa de los accidentes terciarios; segun ellos, si la sífilis no fuese tratada por el mercurio, constantemente respetaria los huesos. Aun admitiendo que las dos aserciones, tomadas en sentido tan absoluto, son efectivamente falsas, reconocemos, sin embargo, que tienen algun fundamento. *En efecto, si no se ha logrado extinguir la enfermedad y se ha debilitado la constitucion del enfermo por el uso inmoderado é imprudente del mercurio, se producen con más frecuencia formas malignas, sobre todo el lupus y las afecciones de los huesos, que cuando la sífilis obra sobre un cuerpo todavía robusto.* De una manera análoga parece que la creciente malignidad de las afecciones sífilíticas, que á veces se observa en las recidivas cuando no se ha usado el mercurio, tiene su razon de ser en una destruccion de la constitucion por los anteriores ataques. Es lo cierto, que en los individuos robustos observamos precisamente lo contrario; cuando en ellos no queda completamente extinguida la sífilis, la recidiva ordinariamente es más leve que el acceso anterior.

Mientras que los individuos atacados de sífilis ordinariamente soportan la infeccion por espacio de cierto tiempo sin trastorno apreciable del estado general, salvo algunos ligeros fenómenos febriles (fiebre de erupcion) que preceden y acompañan los primeros síntomas secundarios, se desarrolla, por el contrario, á consecuencia de recidivas muy frecuentes, cuando está alterado el descanso de la noche por los dolores osteóscopos, cuando prolongadas supuraciones consumen las fuerzas, y ante todo cuando al mismo tiempo se emplean tratamientos mercuriales, un marasmo, un estado conocido con el nombre de *caquexia sífilítica*. Este nombre no es muy conveniente, puesto que la infeccion por el virus sífilítico no provoca la ca-

quexia inmediatamente, sino de una manera mediata, á consecuencia de las lesiones nutritivas que ocasiona, ó de resultas del tratamiento empleado. Esta es la razon tambien de que la caquexia sifilítica no tenga cualidades especiales que sirvan para distinguirla de otros estados caquéticos, no provocados por un trabajo de consuncion sifilítica. Hasta las degeneraciones lardáceas (amiloideas) del hígado, del bazo, de los riñones, y de otros órganos que con frecuencia acompañan á la caquexia sifilítica, no pertenecen exclusivamente á esta última, sino que tambien se desarrollan en el curso de supuraciones huesosas sostenidas, no sifilíticas, como igualmente en la caquexia palúdica, la escrofulosis, el raquitismo, etc.

§. III.—Tratamiento.

El tratamiento de la *induracion sifilítica primitiva* y de la *úlcera sifilítica primitiva*, debe dirigirse ante todo contra la enfermedad constitucional, de la cual constituyen como hemos visto las primeras manifestaciones.—Respecto á un *tratamiento abortivo local*, puede cuando más entablarse en los casos en que se trata de una escoriacion producida durante un coito sospechoso; sin embargo, al destruir en tales condiciones la parte atacada de la piel por medio de un cáustico, no podemos saber si la ausencia de induracion y de síntomas ulteriores de la sífilis, es resultado del tratamiento ó no, supuesto que no tenemos medio ninguno de distinguir una escoriacion infecta de otra que no lo esté.—La destruccion del *sitio indurado* por un cáustico ó su extirpacion por un bisturi, no tienen la menor utilidad. Por lo general se forma una nueva induracion en el espesor de los bordes de la pérdida de sustancia, producida de una de estas maneras.—La úlcera sifilítica primitiva reclama, además de la medicacion general, un tratamiento tópico idéntico al que hemos aconsejado para el chancro blando. Debe ante todo atenderse á conservar la mayor limpieza. Segun los diferentes casos, se usarán lociones más ó ménos ex-

citantes, se tocará con el nitrato de plata, se espolvoreará la herida con precipitado rojo, etc.—*Al interior* empleo contra la induración primitiva y la úlcera primitiva los preparados de mercurio, á ménos que se opongan á ello razones especiales. No ignoro que puede también desaparecer la induración sin tratamiento mercurial, y que este último no ofrece ninguna garantía contra el desarrollo de accidentes secundarios; pero el hecho inconcuso de que la curación se obtiene más rápidamente por el tratamiento mercurial que sin él, y que los accidentes secundarios se manifiestan, después de usar el mercurio, con ménos frecuencia y más tarde que en el caso contrario, este hecho me basta para preferir lo primero á lo segundo. A esto debe añadirse que la administración prudente de los mercuriales ocasiona con mucha ménos frecuencia accidentes fatales, de lo que los adversarios de este método afirman. Durante el primer año de mi carrera médica nunca empleaba el mercurio en las afecciones sífilíticas; pero al segundo año principié ya á tratar por el mercurio toda úlcera indurada y casi todas las afecciones secundarias. El número de individuos tratados por mí de esta manera no puede, es cierto, compararse con el de los enfermos tratados en el espacio de algunos años en el departamento de enfermedades venéreas de un gran hospital, pero no por eso deja de ser bastante considerable para probar que se ha exagerado muchísimo la perniciosa influencia del tratamiento mercurial. Habiendo conservado después á la vista la mayor parte de los enfermos á quienes traté su sífilis, y habiendo sido médico de muchos de ellos después de casarse, tenía razones para notar mejor las malas consecuencias del tratamiento mercurial, que muchos médicos de los hospitales que pierden de vista á sus enfermos en el instante de salir del establecimiento. Observaciones continuadas durante once años consecutivos sobre un número bastante considerable de personas que habían seguido tratamientos mercuriales bien dirigidos, han hecho de mí, que era un adversario de este método, el más decidido partidario del tratamiento mercurial.

No es propio de esta obra citar los numerosos métodos del tratamiento mercurial que han gozado de cierta reputación, y ménos todavía exponer con todos sus detalles las minuciosas prescripciones que exige cada método, é indicar el número de píldoras que deben tomarse al día ó las reglas que deben seguirse para aumentar ó disminuir las dosis. Me atrevo á decir que estos métodos completamente fijos me parecen, no solamente inútiles, sino hasta perjudiciales, supuesto que profesores inexpertos ó imprudentes pueden limitarse á usar un método único y rutinario, en el tratamiento de las individualidades más diversas. La experiencia ha demostrado que la eficacia del mercurio en la sífilis no depende de la forma bajo la cual se le administra, de que esté, por ejemplo, en un grado superior ó inferior de oxidación, ni de que se halle combinado con un ácido, con el cloro ó con el yodo; tampoco depende su eficacia antisifilítica de la vía por la cual se le hace penetrar en la sangre, importando poco que sea por la mucosa intestinal ó por la piel exterior; para elegir el preparado mercurial que debe prescribirse, debemos, pues, fijarnos ante todo en saber cuál es aquel que ejerciendo su acción antisifilítica causa ménos perjuicios al organismo. Pero como la acción nociva que el mercurio ejerce sobre la economía animal no puede explicarse más que en parte, sólo podemos prevenir el daño, ménos esencial por cierto, que la administración de los mercuriales causa en la mucosa del intestino, prefiriendo una preparación ménos ofensiva que otra para esta mucosa, ó haciendo absorber el mercurio, no por la mucosa sino por la piel. Si creyéramos que el daño que la administración, siquiera fuera prudente, de los calomelanos, el protoyoduro de mercurio y otros preparados de este género producen en la mucosa intestinal es muy considerable y persistente, veríamos también un verdadero progreso en terapéutica al rehabilitar el método basado sobre las fricciones mercuriales. Pero como creemos este perjuicio poco importante y casi siempre muy pasajero, no podemos asociarnos á aquellos que considerarían la rehabilitación de las fricciones

mercuriales como un gran adelanto y principio de una nueva era en el tratamiento de las enfermedades venéreas. No queremos con esto decir que el uso de las fricciones de la piel con la *pomada mercurial doble*, no sean un método muy racional de usar el mercurio contra la sífilis; por el contrario, nos servimos de él con mucha frecuencia, sobre todo en el hospital, á causa de que ofrece todas las ventajas que pueden esperarse de un tratamiento mercurial, y el único inconveniente que para nosotros presenta es que algunas veces provoca una salivacion más pronta y violenta que cuando se siguen otros métodos. Hablando en general, seguimos los principios establecidos por Siegmund para practicar las fricciones actualmente en uso, tratamiento bien anodino en comparacion del famoso método de Louvrier y de Rust, que á tantos individuos ha costado la vida; sin embargo, no nos sujetamos á seguir estrictamente los preceptos dados por Siegmund para el empleo de su método. Despues de haber hecho tomar á los enfermos algunos baños calientes, mandamos friccionar todos los dias la piel con 2 gramos, y cuando hay algun peligro en la tardanza, con 4 gramos de unguento napolitano; estas fricciones las mandamos hacer por lo general el primer dia en las piernas, el segundo en los muslos, el tercero en los brazos, el cuarto en el dorso, el quinto otra vez á las piernas, y así sucesivamente. Claro está que importa poco se siga de una manera exacta este orden para el sitio de las fricciones. Donde quiera que los enfermos puedan alcanzar con la mano deben hacerse ellos mismos las fricciones y en aquellos que les sean inaccesibles las practicará un enfermero. Cada friccion debe continuarse por espacio de diez minutos ó de un cuarto de hora. Antes de la friccion debe limpiarse con jabon y agua el sitio friccionado anteriormente. No es necesario que la temperatura de la habitacion del enfermo sea mayor de 14 á 16° R., debiendo todos los dias tener cuidado de ventilarla. No hay obstáculo ninguno para que el enfermo mude de ropa durante el tratamiento. Es inútil, y quizás hasta peligroso, asociar el tratamiento por el hambre á las fricciones mer-

curiales. En el instante que se perciban los primeros signos de salivacion debe suspenderse el tratamiento, y separar cuidadosamente por medio de lociones generales ó de un gran baño, hasta las menores señales de unguento mercurial que aun puede haber adherido á la piel. Si despues de cesar la salivacion se percibe que la curacion de la úlcera ó la desaparicion de la induracion se suspende, ó bien, cuando se ha entablado el tratamiento para combatir accidentes secundarios, que la mejoría de estos no sigue su curso regular despues de terminada la salivacion, mando volver á principiar las fricciones, las cuales ordinariamente proporcionan bien pronto la curacion.

Sigo el principio de suspender el tratamiento inmediatamente que se presenta la *salivacion*, no sólo cuando empleo el mercurio en fricciones, sino tambien cuando le administro bajo cualquiera otra forma, por la sencilla razon de que para mí constituye un signo favorable la manifestacion del ptialismo, en el sentido de que nos da una prueba de haber sido absorbida una cantidad suficiente de mercurio. Tanto cuando se hacen fricciones mercuriales como cuando se hacen llegar preparados de mercurio al tubo intestinal, solamente se absorbe una parte de la cantidad empleada; el resto queda aplicado sobre la piel, ó es evacuado con los excrementos. Pues aun suponiendo que supiéramos exactamente qué dosis de mercurio debe mezclarse con la sangre para curar radicalmente una afeccion sifilítica, no por eso dejaríamos de ignorar qué cantidad de unguento mercurial debe emplearse en fricciones, ni cuánto tiempo seria preciso administrar interiormente los calomelanos, el protoyoduro de mercurio, el sublimado, etc., para conseguir el objeto deseado. Es cierto que la salivacion no constituye un punto de partida seguro para apreciar la cantidad absoluta de mercurio absorbido; pero nos indica seguramente que se ha absorbido una dosis suficiente para producir un efecto seguro sobre la economía. La prueba de que con este *primer* efecto, manifestacion de la salivacion, coincide casi siempre un *segundo*, ó sea el principio de la curacion de las lesiones nutritivas sifili-

ticas, la tenemos ya en la errónea opinion que existe de ver en la salivacion una crisis saludable, opinion de la cual todavía participan hoy muchos médicos viejos. Con arreglo á esto, considero la manifestacion del ptialismo en el tratamiento mercurial, como un signo precioso que indica que la dosis administrada es suficiente, á la manera como la dilatacion de la pupila en el tratamiento de la epilepsia por la atropina, anuncia que esta última ha sido ya administrada en bastante cantidad; no puedo por lo tanto considerar como un inconveniente de este método la pronta aparicion de las primeras señales del ptialismo, sino que lo que constituiria á mis ojos un verdadero inconveniente seria el no poder interrumpir con oportunidad el tratamiento para impedir que este accidente, al cual niego toda influencia útil, llegara hasta un grado elevado. Asi es que la combato desde su primera aparicion por el uso interno del clorato potásico en disolucion (4 gramos por 180; una cucharada cada dos horas) ó en pastillas. Si en los casos en que tenemos la duda de si debe continuarse ó suspenderse el tratamiento se hace todavía tomar un dia más la dosis de calomelanos, protoyoduro ó sublimado hasta entonces usada, dada la pequeñez de esta dosis, es ménos fácil dar lugar á una violenta afeccion de la boca que si se hicieran penetrar dos gramos más de unguento mercurial en la piel.—El último argumento citado y la conviccion de que el uso interno de los mercuriales administrados con prudencia no ocasionan daño ninguno permanente en el tubo intestinal, me han obligado á seguir administrando interiormente el mercurio en la clientela privada, á pesar de los pomposos elogios hechos del método por las fricciones. El preparado que en la mayor parte de los casos empleo contra la induracion primitiva y la úlcera primitiva, son los *calomelanos*. De todos los preparados mercuriales este es el que ménos merece ser acusado de alterar gravemente la mucosa intestinal, con tal que se le administre con alguna precaucion. Si los calomelanos ofrecieran semejantes inconvenientes, su empleo, por lo demás tan comun, sobre todo entre los niños, tendria gravisimos resulta-

dos en gran número de personas. Básteme recordar que los polvos de Plummer en las oftalmías y demás afecciones escrofulosas, las pequeñas dosis de calomelanos en la diarrea de los niños, y las dosis más fuertes y continuadas hasta la salivación en el croup, la pleuresia y otras enfermedades inflamatorias, se incluyen hoy todavía entre las prescripciones más comunes y hace diez ó veinte años se las usaba todavía con más frecuencia. Una dilatada experiencia ha demostrado, que un infinito número de personas que fuera de todo tratamiento sifilítico han tomado los calomelanos por espacio de más ó ménos tiempo, no han sufrido trastorno permanente ninguno en sus digestiones ó en su salud general, habiéndose conservado esta despues del uso de este remedio, tan buena como antes. Si á pesar de esto no goza esta sustancia de gran reputacion como medicamento antisifilítico, por lo ménos en Alemania, y la mayor parte de los médicos prefieren el sublimado siempre que necesitan prescribir una preparacion mercurial contra una induración primitiva ó un síntoma secundario, es porque se la acusa, primero de provocar muchas veces la diarrea, y en segundo lugar de ocasionar muy pronto la salivación. Debo protestar contra ambas acusaciones: primeramente, mis observaciones personales no prueban que la diarrea, que por lo general se manifiesta al principio del tratamiento por los calomelanos, y la cual, por lo demás, constantemente cesa, por decirlo así, al cabo de algunos días, ocasione un notable perjuicio al tratamiento; y como á pesar de la diarrea sobreviene en seguida la salivación, podemos con toda seguridad afirmar que todos los calomelanos no son evacuados, y que el intestino absorbe, por el contrario, cierta cantidad que se mezcla con la sangre. Mas por lo que corresponde á la segunda acusación, ó sea la manifestación precoz del ptialismo, más bien me parece, por las razones ya citadas, una ventaja que no un inconveniente. Confieso que precisamente en los casos en que por causa de particularidades individuales tarda más en manifestarse la salivación de lo que yo esperaba, ó bien falta por completo,

tengo miedo de introducir en el organismo una excesiva cantidad de mercurio, puesto que me veo privado de un precioso punto de partida que me anuncia, que ya ha llegado el momento de suspender el empleo de la sustancia medicinal. A los adultos les doy dos veces por día 5 centigramos, ó tres veces por día $2\frac{1}{2}$ centigramos de calomelanos. Cuando prescribo esta sustancia en polvo la hago cubrir con miga de pan para preservar á la mucosa de la boca del contacto de esta medicina. Pero por lo general incorporo los calomelanos con polvos y extracto de regaliz, formando pildoras, cada una de las cuales contiene $2\frac{1}{2}$ centigramos.

La preparacion que despues de los calomelanos empleo con más frecuencia, es el protoyoduro de mercurio. No conozco en esta sustancia ventaja ninguna por la cual deba preferírsela á los calomelanos, sino que en la mayor parte de los casos he visto seguir á su administracion fuertes cólicos, que casi nunca acompañan á la diarrea provocada por los calomelanos. Por razon de este molesto sintoma, Ricord, á quien el protoyoduro debe su reputacion y el gran favor de que goza, le asocia á los narcóticos; pero aun adoptando la fórmula de Ricord (R.º : protoyoduro de mercurio y tridáceo, ana 3 gramos; extracto de tebaico, 1 gramo; extracto de cicuta, 6 gramos. H. S. A., 60 pildoras), me he visto muchas veces obligado á administrar á los individuos el opio aparte para combatir sus cólicos, lo cual me ha hecho finalmente renunciar al protoyoduro de mercurio. Entre las demás preparaciones mercuriales, mencionaré únicamente el *sublimado*, puesto que si bien yo no me cuento entre los partidarios de este remedio y le coloco muy por debajo de las preparaciones mercuriales antes mencionadas, no deja por eso de ser el remedio empleado con más frecuencia contra la sífilis. Las propiedades corrosivas del sublimado prohíben su empleo á altas dosis. Me parece completamente irracional ir elevando gradualmente la dosis del medicamento. ¿Se espera por este medio habituar el estómago á la accion del sublimado y hacerle apto para tolerar más tarde

dosis más fuertes sin ser cauterizado? ¿ó con qué otro objeto se administra mayor dosis que al principio del tratamiento, en una época en que se trata de hallar el momento oportuno para cesar aquel, á fin de que el cuerpo no reciba más mercurio del que es necesario? Se elogia principalmente el sublimado, porque provoca la salivacion muy tarde, y porque cuando se usa este preparado recibe el cuerpo ménos mercurio que por ningun otro tratamiento. No puedo, sin embargo, considerar como una ventaja el que las propiedades químicas de esta sustancia nos obliguen á administrarle á dosis que no le permiten llegar si no es lentamente, al objeto que nos proponemos, es decir, introducir en la sangre una cantidad suficiente de mercurio; y no puedo admitir que cuando se administran los calomelanos y se suspende el tratamiento á las primeras señales de salivacion, se introduce en la sangre cantidades mucho mayores de mercurio que cuando se administra el sublimado, que tampoco se deja de dar hasta que se manifiesta la salivacion.

De ninguna manera quiero con esto negar que muchos individuos se hayan curado de su sífilis por el sublimado, y aun varios de ellos, hasta por el método tan irracional de Dzondi. Cuando quiere emplearse el sublimado no conviene administrarle cuando el estómago se halla vacío; se la administrará bajo la forma de píldoras, pero no preparadas segun la fórmula de Dzondi con la miga de pan y azúcar, sino con los polvos de extracto de regaliz, y no elevando su dosis como en el método del autor citado, desde 1 á 7 $\frac{1}{2}$ centigramos, sino que se administrará diariamente de 3 á 4 centigramos en dosis fraccionadas. Para preservar la mucosa del estómago de la accion corrosiva del sublimado, se ha propuesto usar en lugar del sublimado el albuminato de mercurio, es decir, la combinacion que se forma en el estómago cuando se administra el sublimado puro á expensas de la mucosa gástrica, sabiéndose efectivamente por experiencia que bajo esta combinacion puede soportarse sin inconveniente ninguno una dosis doble. Si no estuviera tan satisfecho del efecto de los remedios primera-

mente citados, acudiría al albuminato. Barendsprung aconseja para este remedio la fórmula siguiente: R.º : sublimado corrosivo, 10 centigramos, huevo núm. 1; agua destilada, 180 gramos; muriato de amoniaco, 4 gramos. M.º exactamente y fíltrese. Una cucharada cada dos horas.

Las prescripciones dietéticas que necesitan hacerse para los tratamientos mercuriales internos, deben ser apropiadas á las condiciones individuales del enfermo. En general, conviene restringir el régimen sin que se haga precisamente ayunar al individuo; por el contrario, en las condiciones que en el tratamiento del chancro exigen un régimen fortificante, debe aquí obrarse de la misma manera. Es inútil prescribir, como suele con mucha frecuencia hacerse, grandes dosis de cocimientos de leños sudoríficos. En fin, para no exponer al enfermo, en tanto está sometido á una medicacion tan enérgica, á la accion de otras causas morbíficas, debemos regularizar perfectamente su género de vida y vigilar con atencion su estado general. Esta razon basta por sí sola para mandar que no salgan de casa los enfermos sífilíticos sometidos á un tratamiento mercurial, sobre todo en invierno, y para visitarles diariamente.

Si más arriba dijimos que la induracion y la úlcera primitiva pueden tambien curarse sin hacer uso del mercurio, pero que entonces es más lenta la curacion que cuando se emplea un tratamiento mercurial, y que en el primer caso se presentan con más frecuencia y prontitud los síntomas secundarios que en el segundo, no sufre esta regla excepcion en los tratamientos llamados debilitantes; *la cura famis, el empleo metódico de las sales purgantes, del cocimiento ó tisana de Zittman* y otros brevajes compuestos, á beneficio de los cuales se propone excitar á la vez la actividad de la piel, de los riñones y del intestino, al mismo tiempo que se reduce á su mínimum la alimentacion del enfermo. Cuando se continúan estos tratamientos con gran energía, cuando, por ejemplo, se reduce todo lo posible la nutricion del cuerpo por una cura de Zittmann, simple ó doble, seguida con todo el rigor posible, suele, es cierto, lograrse acelerar la cu-

racion de una afeccion primitiva; pero muchas veces, en el momento en que despues de 11 ó 20 dias de ayuno principian á reponerse los enfermos de sus traspiraciones y purgaciones, se ven ya aparecer los primeros síntomas secundarios.

La administracion de los *preparados de yodo* es completamente ineficaz contra las afecciones primitivas; pero inspira gran confianza á ciertos médicos que no ejercen más que en el campo ó en las poblaciones pequeñas, y tienen por consiguiente rara vez ocasion de tratar la sífilis, y temen á la vez extraordinariamente los efectos del mercurio. Recuerdo muchos casos que se han presentado en mi clientela de Magdebourg, en quienes se trataba de viajeros, que habiendo estado en pueblos pequeños y consultado á los médicos de aquellas localidades sobre una úlcera indurada, se me presentaban con exantemas yódicos como no los he vuelto nunca á ver despues. Las recetas que llevaban estos individuos probaban muchas veces de un modo evidente, que el médico habia tomado el exantema yódico por un exantema sífilítico, y en efecto, cuanto más se habia extendido el exantema, más se habia aumentado la dosis de yoduro potásico.

Los accidentes secundarios y terciarios de la sífilis exigen un tratamiento muy prudente y circunspecto, puesto que tal vez no haya enfermedad en que los errores terapéuticos hagan tanto daño como en la sífilis constitucional. Los tratamientos mercuriales casi siempre prestan brillantes servicios contra las afecciones secundarias y terciarias; producen no sólo el alivio y curacion de los síntomas existentes, sino tambien en ciertos casos un restablecimiento completo y permanente; pero si cuando está contraindicado su empleo no deja de usárseles, no extinguen la sífilis, y la comunican, por el contrario, un carácter maligno, que tiene por efecto destruir los huesos, ocasionar la degeneracion de órganos internos, y hasta amenazar la vida de los enfermos. Si en la actualidad son más raras que antes las formas horribles de la sífilis, depende sin duda, por una parte, del descrédito en que han caido la grande cura por

las fricciones y tantas otras exageraciones, y además del uso, en general más moderado y circunspecto, que hoy se hace de los preparados mercuriales.—La indicacion del mercurio en el tratamiento de la sífilis constitucional, ha solido formularse, diciendo que los síntomas secundarios exigian solamente el empleo de los preparados mercuriales, mientras que los síntomas terciarios reclaman la administracion del yodo. Aunque poco precisa esta proposicion, es, sin embargo, verdadera en el fondo: en las afecciones que decididamente pertenecen á la série de los fenómenos secundarios, los mercuriales son los que generalmente están indicados, y en aquellas que indudablemente constituyen accidentes terciarios, comunmente están contraindicadas estas preparaciones. Pero es bueno añadir á la proposicion mencionada, que hasta en las afecciones secundarias, cuando se les ha tratado repetidas veces por el mercurio sin resultado satisfactorio, no debe volverse á emplear este tratamiento.

Lo que anteriormente he dicho sobre la marcha de la sífilis, creo bastará para comprender los principios que me sirven de guia para el empleo de los mercuriales en el tratamiento de la sífilis constitucional, y poder á la vez comprender por qué á la manera de formular las indicaciones de que acabo de ocuparme, la he llamado justa en el fondo, pero falta de precision. Cuando más ó ménos tiempo despues de haberse curado una úlcera indurada, acometido un individuo de condilomas, de un exantema ó de otros signos de infeccion sífilítica, entablo sinvacilar un tratamiento mercurial, haya ó no sido tratada la úlcera por el mercurio, prescribiendo en estos casos fricciones mercuriales ó el uso interno de los calomelanos, á ménos de encontrarme en presencia de los casos sumamente raros, en que bien el estado general del enfermo, bien la afeccion sífilítica (afeccion huesosa ó lupus sífilítico), ó ya las dos causas reunidas, anuncian que la constitucion del enfermo ha sido ya gravemente alterada por la misma sífilis ó por el tratamiento mercurial empleado contra la afeccion primitiva. Sólo en estos ca-

sos excepcionales me parece contraindicado prescribir un tratamiento mercurial desde el instante que aparezcan las primeras señales de una infección general, por la razón de que si no se consigue hacer desaparecer la sífilis por el mercurio, podemos casi tener la seguridad de que la recidiva inmediata tendrá un carácter excesivamente pernicioso.—Por el contrario, los brillantes resultados del tratamiento mercurial contra los accidentes secundarios en los individuos cuya constitución no ha sido todavía debilitada, son, como ya antes dijimos, de los más notables. Los condilomas, los exantemas, la angina, etc., ordinariamente principian á curarse mucho antes todavía que una úlcera indurada tratada por el mercurio, habiendo muchos casos en que no sólo disipa el tratamiento los accidentes que existen, sino que cura radicalmente la sífilis.—Al lado de estos casos hay ciertamente otros en que la enfermedad sólo se hace latente por el tratamiento, sin extinguirse por completo, casos en los cuales algún tiempo después de desaparecer los últimos fenómenos se presentan nuevos síntomas de sífilis, ó como ordinariamente se dice, recidivas. Estas exigen tratamientos muy distintos, según los diferentes casos. Si consisten en accidentes poco graves, por ejemplo, en placas mucosas sobre la lengua ó en algunas pequeñas pústulas sobre la cabeza, si son evidentemente más benignas que las afecciones anteriores, no hay precisión de entablar un nuevo tratamiento mercurial. La sífilis está muy lejos de extinguirse siempre súbitamente: es mucho más común que desaparezca lenta y progresivamente, *estándonos permitido contar con esta extinción progresiva siempre que los síntomas nuevos sean más benignos que los anteriores*. Si en los casos últimamente citados no me parecen indicados los tratamientos mercuriales, sin embargo, aconsejo vigilar mucho esta clase de enfermos, someterles á un régimen severo y colocarles todo lo posible al abrigo de toda influencia nociva, hasta que desaparezcan los últimos síntomas sífilíticos. Conviene, entre otras cosas, someter tales enfermos á un tratamiento debilitante, haciéndoles tomar, en caso nece-

sario, la tisana de Zittman. Así como estos medios sólo tienen una eficacia cuando más paliativa, en tanto que la enfermedad no ha llegado á su período de declinacion, parecen acelerar positivamente la curacion, una vez llegado aquel instante.

Si las recidivas prueban, por el contrario, que la enfermedad no ha tomado un carácter benigno, si las nuevas lesiones de la nutricion son igualmente intensas ó hasta más graves que las anteriores, pero todavía deben de considerarse como accidentes secundarios, y si, como sucede generalmente, la constitucion del enfermo no ha sufrido todavía una formal alteracion, prescribo un nuevo tratamiento mercurial, y aun muchas veces, como por ejemplo, en caso de úlceras faríngeas que se extienden rápidamente y se complican de una laringitis sífilítica, hasta un tratamiento más enérgico que antes: así, mando practicar diariamente una fricción con 4 gramos de unguento mercurial doble, ó administro, segun el método de Weinhold, cada dos dias ó hasta diariamente, dos dosis de calomelanos de 50 centigramos cada una. Recientemente han pretendido muchos que el método de Weinhold era totalmente ineficaz y debia siempre considerarse como un simple tratamiento laxante, que no provocaba salivacion ni aceleraba en nada la curacion de los accidentes sífilíticos, las cuales son ideas concebidas *a priori*, y que mis numerosos experimentos sobre la administracion regular de los calomelanos á la dosis de 50 centigramos, tienden á anular por completo.

En fin, en los casos en que las recidivas corresponden indudablemente á los síntomas terciarios, ó simplemente á las formas de transicion entre los síntomas secundarios y terciarios, y en los que al mismo tiempo ha sido evidentemente alterada la constitucion de los enfermos, ya por la sífilis misma, ó ya por los tratamientos mercuriales empleados, no debe volverse á administrar el mercurio, que en tal caso podria ser hasta perjudicial. Hasta cuando sólo nos hallamos en presencia de una de estas dos condiciones, bien sea de la lesion nutritiva

ó bien la constitucion manifestamente alterada del enfermo, jamás empleo ni un átomo de mercurio, y tengo la íntima conviccion de que por este medio, puede con toda seguridad prevenirse las fatales consecuencias del tratamiento mercurial.

Puede reasumirse en muy pocas palabras la enumeracion de los casos en que debe tratarse la sífilis por los *preparados de yodo*; en efecto, siempre que no pueda esperarse una próxima extincion espontánea de la sífilis, y cuando al mismo tiempo están contraindicados los tratamientos mercuriales, segun lo que ya queda dicho, está indicada con urgencia la administracion de las preparaciones de yodo, que entonces prestan los más brillantes servicios. Si se restringe la administracion del yodo á estos casos, continuando su uso con la misma energia que la administracion del mercurio en los casos ya antes citados, se llegará bien pronto á convencerse que la eficacia del yodo contra la sífilis no es menor que la del mercurio.—La preparacion yódica que más comunmente se emplea en el tratamiento de la sífilis es el yoduro de potasio, el cual ordinariamente se administra en disolucion acuosa á la dosis de 1 gramo á 2 por dia. Algunos médicos prescriben dosis más fuertes ó refuerzan la disolucion de yoduro potásico, añadiendo 5 ó 10 centigramos de yodo, sin que, á lo que parece, el efecto del remedio sea mucho más poderoso. El yoduro de hierro tambien es, por lo que yo he visto, una preparacion muy activa y digna de recomendarse en los casos de anemia pronunciada, por más que diga Barendsprung, que afirma lo contrario. Ordinariamente la prescribo en forma de jarabe (R. °: jarabe de yoduro de hierro, 8 gramos; jarabe simple, 60 gramos. M. °: una cucharada de café cada dos horas), y bajo el influjo de este remedio he visto presentarse muchas veces, un catarro y exantemas yódicos. Cuando se presentan estos síntomas, exigen que se suspenda la medicacion, absolutamente lo mismo que la manifestacion del ptialismo reclama la suspension del tratamiento mercurial. Cuando la interrupcion del tratamiento es seguida de un momento de parada en la curacion, debe volverse á

principiar inmediatamente que cese el catarro y desaparezca el exantema.—No es el tratamiento yódico mismo, sino el estado de la nutrición del enfermo, por el cual aquel está indicado, el que exige en casi todos los casos que no se restrinja el régimen, sino que, por el contrario, tome el enfermo una alimentación fuerte y sustancial y beba al mismo tiempo algo de vino ó de cerveza. A los enfermos muy estenuados, hasta les prescribo con bastante frecuencia, además del yodo, preparados de hierro y de quina, ó el aceite de hígado de bacalao.

El *tratamiento local de las afecciones secundarias y terciarias* puede reducirse: á la extirpación de los condilomas antiguos, puesto que estos últimos, si bien siempre se secan bajo el influjo de un tratamiento mercurial, no siempre desaparecen por completo; al uso de la atropina y de las sangrías locales en la iritis; en fin, á algunas operaciones quirúrgicas que se hacen necesarias por las inflamaciones destructivas de la piel, por la caries, la necrosis, etc.—La mayor parte de las formas secundarias y terciarias no exigen ningún tratamiento local.

La *sifilización*, que recientemente ha sido ensalzada, sobre todo por Arizias Turenne, Speuno y Boeckh, como un medio seguro de extinguir la sífilis y procurar al cuerpo una completa inmunidad contra toda nueva infección, está ya casi desacreditada, practicándose sólo por los fundadores de la nueva doctrina y por algunos discípulos alucinados ó fanáticos. Para practicar la sifilización, el método que se emplea consiste en provocar sobre la piel de un individuo atacado de sífilis constitucional chancros inoculados, hasta que la inoculación termine por no dar resultados. Haciendo abstracción de que ciertos individuos no han llegado nunca á obtener una inmunidad contra nuevos ataques de virus chancroso, después de haberles inoculado algunos centenares y hasta mil ó dos mil chancros, es preciso también considerar que en los individuos que han llegado á no presentar resultados la inoculación, se ha estado muy lejos de observar constantemente la curación de afecciones sífilíticas existentes, lo cual prueba que hasta en los casos

en que ha podido llegarse á obtener la curacion, es más que dudoso que esta haya sido resultado de la sifilizacion.

CAPITULO II.

SÍFILIS CONGÉNITA Ó HEREDITARIA.

§. I.—Patogenia y etiologia.

En el presente capítulo no nos ocuparemos de aquellas formas de sífilis de los recién nacidos, que se producen cuando un niño es contaminado en el momento de nacer por úlceras sífilíticas que existen en las partes genitales de la madre, ó cuando un niño de pecho es infectado por úlceras sífilíticas de los pezones, de los labios, ó de otras partes del cuerpo de su madre ó de su nodriza. En efecto, en tales condiciones los accidentes del niño no difieren, bajo el aspecto del origen, así como de la marcha, de la sífilis de los adultos. Bajo el nombre de sífilis congénita hereditaria, única de que nos ocupamos ahora, se entiende aquella forma de sífilis de los recién nacidos que ha sido depositada en gérmen en el cuerpo del embrión, ya por la sífilis constitucional del padre durante la fecundacion, ó ya por la de la madre durante la preñez. La manera como la enfermedad del padre ó de la madre se trasmite al embrión, está envuelta en la oscuridad, por cuya razon nos limitaremos pura y simplemente á enumerar los hechos bien conocidos y comprobados, sin tratar de darles explicacion.

Si una mujer se hace embarazada estando acometida de sífilis constitucional, casi siempre muere el feto al poco tiempo, y es expulsado por un aborto ó un parto prematuro. La avanzada putrefaccion del feto ordinariamente impide en tales casos, reconocer si presenta ó no señales de sífilis. Hasta en el caso en que una mujer perfectamente sana en el momento de la

concepcion ha contraido una sífilis secundaria durante su embarazo, generalmente hay aborto ó parto prematuro, y expulsion de un feto ya en putrefaccion. En otros casos llega el feto á su término, pero muere poco antes de nacer ó en el momento de salir á luz; observase sobre su cuerpo miserable, ya signos evidentes de sífilis ó ya un grande marasmo como única anomalía. Es raro que el niño nazca vivo y dure más ó ménos tiempo. En estos casos se ven síntomas sifilíticos inmediatamente despues del nacimiento, ó bien se halla todavía latente la sífilis y no se manifiestan sus síntomas hasta despues de algunas semanas ó meses. Si, pues, la sífilis constitucional de la madre ejerce tan perniciosa influencia sobre el feto, que muchos hijos de mujeres sifilíticas mueren antes ó en el momento de nacer, se comprende fácilmente que la mayor parte de sífilis congénita que se presenta á la observacion *clínica* y son objeto de un *tratamiento médico*, corresponden á niños descendientes de un padre sifilítico. Es un hecho muy extraordinario, pero comprobado con seguridad, que en tales casos puede transmitirse la sífilis del padre al niño sin infectar el organismo de la madre, en el útero de la cual permanece el hijo atacado de sífilis. Tambien la sífilis hereditaria procedente de un padre sifilítico se traduce en unos casos, inmediatamente despues del nacimiento, por señales evidentes, mientras que en otros no aparecen hasta más tarde, lesiones nutritivas características.

§. II.—Síntomas y marcha.

Los síntomas de la sífilis congénita consisten principalmente en afecciones de la piel y de las mucosas; rara vez, y sólo en los casos en que la enfermedad ha durado mucho, antes de que se logre extinguirla ó de que arrebate á los niños enfermos, son tambien atacados los huesos.—Aquellos casos en que los niños nacen con signos de sífilis ó son afectados de ella muy pocos dias despues del nacimiento, suelen ser más malignos que aquellos otros en que la enfermedad permanece latente durante muchas semanas.

Los primeros casos, en que sólo se distingue la enfermedad en general por una *sifilide vesiculosa ó pustulosa*, y á veces tambien por un *coriza sifilítico* (véase más adelante), fueron por espacio de mucho tiempo confundidos y descritos bajo el nombre de penfigo de los recién nacidos. La erupcion del exantema, cuando los niños no le traen al nacer, principia ordinariamente en la planta de los piés y en la palma de las manos, se extiende más tarde á los brazos y las piernas, al tronco, y algunas veces á la cara. Al principio se perciben unas manchas redondeadas, cuyo tamaño varia entre el de un guisante y una haba, y presentan un color rojizo. Despues de un tiempo bastante corto es levantada en forma de burbuja la capa epidérmica que las cubre, por un líquido opaco. Las ampollas primeramente desarrolladas se rompen, y dejan en su lugar puntos escoriados húmedos en la piel, que no tienden á cicatrizar, presentándose al mismo tiempo nuevas ampollas, sobre todo en los dedos de las manos y en la extremidad de los de los piés. Es bastante frecuente se caigan algunas uñas. Las ampollas desarrolladas más tarde siguen la misma evolucion que las primeras, y como á cada momento se producen nuevas ampollas, termina el desgraciado enfermo por hallarse como desollado en numerosos puntos. Hasta en la boca y en la nariz he observado estas ampollas. La duracion de la enfermedad es de ocho á quince dias, más rara vez de tres á cuatro semanas, terminándose *constantemente* por la muerte. Algunos casos de penfigo sifilítico que he tenido en mi clientela privada, me dejaron una impresion indeleble: eran madres que sin dudar que la horrible enfermedad era fruto del libertinaje de su marido, limpiaban por sí mismas todos los dias á su hijo con admirable paciéncia, y curaban uno tras otro los dedos de las manos y los piés.

El cuadro de la enfermedad no es ya el mismo cuando la sífilis congénita permanece latente en las primeras semanas. (La sifilide vesiculosa siempre principia en la primera semana de la vida.) Los niños nacen ordinariamente en un estado de

desarrollo satisfactorio, y absolutamente en nada se distinguen de otros niños libres de la sífilis. Quince días próximamente despues del nacimiento, y en otros casos en la cuarta ú octava semana, se percibe que los niños están intranquilos, enflaquecen y adquieren un tinte notablemente súcio. Al mismo tiempo se pone la piel flácida, seca y rugosa; la palma de las manos y de los piés parecen muchas veces cubierta de una delgada hoja de cebolla. Bien pronto principian los niños á experimentar alguna dificultad para coger el pechó, á causa de que la mucosa nasal está hinchada y constantemente llena la nariz de una secrecion líquida; esta hinchazon de la mucosa nasal y su abundante secrecion, producen un ronquido particular casi patognómico de la sífilis, lo cual hace que no sea muy aventurado, apoyándose en este síntoma y en el estado particular de la piel, sentar el diagnóstico de una sífilis congénita, aun suponiendo falten todavía los demás síntomas. En la mayor parte de los casos se agrega bien pronto al coriza un *exantema* que, partiendo por lo general de la márgen del ano, se extiende á las partes genitales, los muslos, las ingles y al sacro, si bien puede tambien invadir otras regiones, como por ejemplo, la cara. Este exantema ofrece transiciones insensibles desde la forma *maculosa* á la forma *papulosa* y *escamosa*. Las diferentes manchas, cuya magnitud varia entre la de una lenteja y la de una haba, son redondeadas, de un tinte cobrizo ó rojo con algo de amarillo, haciéndose totalmente amarillas bajo la presion del dedo, y presentándose diseminadas ó confluentes. Al principio no sobrepasan el nivel de la piel vecina; más tarde sobresalen un poco; en este último caso ordinariamente no son abombadas, sino aplastadas y como provistas de una faceta superior. A medida que la enfermedad avanza, suelen cubrirse de escamas epidérmicas, ó bien de una pequeña placa coherente que se desprende como una fina película; en fin, en los sitios expuestos al contacto de las materias fecales y de la orina se trasforman en *escoriaciones*. Otro síntoma casi patognómico de la sífilis congénita, es la formacion de *grietas* en los

puntos de transición entre la piel exterior y las mucosas, sobre todo en la *boca* y el *ano*. Muchas veces se nota perfectamente que temen los niños servirse de sus labios grieteados, que sangran al menor esfuerzo que hacen para mamar, y no pueden contraerlos para reír ni llorar. Las profundas fisuras que rodean al ano hacen que la defecación sea muy dolorosa, llorando y quejándose los niños cada vez que hacen una deposición. A las grietas del ano suelen acompañar condilomas, y en los casos algo descuidados se produce entre las nalgas, y á veces hasta en el pliegue de la ingle y demás sitios del cuerpo donde aparece el intertrigo en los niños sanos, extensas úlceras superficiales de una forma sumamente irregular y angulosa; las úlceras no segregan más que un producto escaso, que se convierte en una costra delgada teñida de moreno rojizo por una mezcla de sangre.

Como antes dijimos, es raro que la sífilis congénita se dirija á los huesos; sin embargo, citanse algunos casos en que las úlceras, generalmente superficiales, de la mucosa nasal, han invadido los tejidos profundos y ocasionado ya en el año primero la destrucción de los huesos de la nariz y el aplastamiento de este órgano. En otros casos, raros también, pasa desapercibida la sífilis durante el primer año ó se hace latente á causa del tratamiento empleado, presentándose solo en la época de la pubertad bajo la forma maligna del lupus sífilítico ó de las enfermedades óseas sífilíticas.—En la autopsia de niños sucumbidos á la sífilis congénita ó que procedentes de madres sífilíticas han nacido muertos, se encuentran algunas veces lesiones nutritivas características en los órganos internos, sobre todo en el *hígado* y el *pulmon*, y rara vez en el *cerebro*; las lesiones se reducen: en el hígado, generalmente á una induración difusa y uniforme que forma la terminación de una hepatitis simple, no gomosa. En el pulmon, se observan nudosidades cuya magnitud varia entre la de un guisante y una nuez, con un centro caseoso, así como una condensación difusa, descrita primeramente por Virchow bajo el nombre de hepatización blanca y

la cual depende de un considerable acumulo, en los alvéolos, de células epiteliales que en parte han sufrido una degeneracion grasosa. En el cerebro ha encontrado Schott en un caso de sífilis congénita, tumores gelatiliiformes de las dimensiones de una avellana, y que tenian por asiento la cara inferior de los dos lóbulos anteriores del cerebro. En fin, se han visto en ciertos casos, abscesos formados en el *timo* considerablemente aumentado de volúmen.

§. III.—Tratamiento.

Todos los remedios han sido hasta ahora ineficaces contra la sífilis burbujosa de los recién nacidos.—En la segunda forma de la sífilis congénita que hemos descrito se obtienen, por el contrario, resultados muy favorables á beneficio de un tratamiento racional. Los medios más recomendables y generalmente usados, consisten en la administracion de pequeñas dosis de calomelanos ($\frac{1}{2}$ centigramo por mañana y noche), y en fricciones con el unguento mercurial (de 30 á 50 centigramos diariamente ó cada dos dias). No debemos esperar á que principie la salivacion, debiendo, por el contrario, suspender el tratamiento en seguida que se note una sensible mejoría de los fenómenos morbosos, y volver á principiarle en cuanto esta mejoría parezca detenerse. Es muy importante procurar sostener las fuerzas del niño por una alimentacion todo lo fortificante posible; pero no puede pensarse en poner el niño en ama á causa de que se expone á esta última á ser contaminada.—El hecho tan repetidamente observado, de que rara vez infectan á su madre los niños atacados de sífilis congénita, mientras que es muy frecuente contaminen á su nodriza, encuentra una sencilla explicacion en la circunstancia de que, por lo general, la madre ya está afectada de sífilis, lo cual la pone al abrigo de una nueva infeccion.

APÉNDICE.

ENFERMEDADES INFECTIVAS TRASMITIDAS DE LOS ANIMALES AL HOMBRE.

Sólo hablaremos en este lugar del muermo y de la rabia. Si bien el carbunco y la pústula maligna pertenecen también á las enfermedades infectivas que de los animales se transmiten al hombre, abandonamos, no obstante, su descripción á los tratados de cirugía, puesto que estas afecciones son principalmente quirúrgicas.

CAPÍTULO I.

MUERMO EN EL HOMBRE.

§. I.—Patogenia y etiología.

En los solípedos, sobre todo en el caballo, el asno y la mula, se observa una enfermedad infectiva que recibe el nombre de *muermo* ó de *lamparones*, según el sitio que ocupen las lesiones nutritivas desarrolladas bajo el influjo del virus. El virus del muermo, idéntico al de los lamparones, se reproduce en el organismo infectado por él, y la manera de transmitirse, y probablemente el único modo de propagarse la enfermedad, consiste en la trasmisión de este virus reproducido en el individuo enfermo á otra persona; ó en otros términos, el muermo pertenece á las enfermedades contagiosas, y pro-

blemente á las enfermedades puramente contagiosas. El virus del muermo, que no podemos aislar por el microscopio ni por el análisis químico, lo mismo que las demás especies de virus, y cuya existencia sólo nos es revelada por sus efectos, está encerrado en el contenido de los tubérculos muermosos, que más tarde describiremos, en el flujo nasal, así como en la sangre y (Viborg) en los productos de secreción, como la orina, la saliva y el sudor. Es dudoso que sea volátil y pueda comunicarse á las emanaciones gaseosas del individuo enfermo. La circunstancia de ser contagiosa la enfermedad á la distancia de diez ó doce pasos, pudiera tal vez depender de que los caballos lanzasen á esta distancia partículas del moco nasal, ó de que el líquido virulento expulsado por las narices forme pequeñas burbujas que se sostengan por algun tiempo en el aire siendo arrastradas por la más débil corriente. El muermo de los caballos, de los asnos, los mulos y las mulas, es susceptible de transmitirse á algunos otros mamíferos. También el hombre es muy apto para contraer el muermo, razón por la cual no es raro observar esta enfermedad en los cocheros, los palafreneros, los soldados de caballería, los veterinarios, los domadores y otros individuos que tienen frecuente contacto con los animales enfermos. En algunos casos raros, é indudablemente sólo en las autopsias, se ha visto transmitirse el muermo de un hombre á otro.—El virus muermoso parece poder atravesar el epidermis y la capa epitelial de las mucosas, pues que la mayor parte de los casos de contagio se producen sin lesión de la piel.

§. II.—Anatomía patológica.

Las lesiones nutritivas que bajo el influjo de la infección muermosa se producen, consisten en la formación de nudosidades especiales en la mucosa de la nariz, en los ganglios linfáticos de la piel, en los músculos, el pulmón y en otros órganos, nudosidades que al principio son duras, pero que muy pronto

se reblandecen, se disgregan y se trasforman en abscesos y en úlceras. Segun Virchow, cuya descripcion nos servirá principalmente de base, estas nudosidades ó tubérculos tienen por punto de partida una hiperplasia celular. En los tubérculos recientes se encuentran células jóvenes, pequeñas y delicadas, y núcleos libres en gran número; en los tubérculos mayores y más antiguos se encuentran células más grandes con núcleos manifiestos, apretadas unas contra otras, y formando casi toda la masa del tubérculo. En un período más avanzado, las células más antiguas sufren una evolucion regresiva, se llenan en parte de granulaciones grasosas, pierden la limpieza de sus contornos, y se disgregan; de suerte que, por último, no encierra el tubérculo más que masas de detritus y algunos elementos aislados. Llama Virchow la atencion sobre la semejanza que existe entre la evolucion de las nudosidades del muermo y los lamparones, y la de los tubérculos; pero hace al mismo tiempo notar que esta semejanza no permite sacar ninguna conclusion respecto á la esencia del proceso, pues que no sólo en el tubérculo, sino en el pus, el cáncer y el sarcoma, se observa la misma marcha, sobre todo la formacion de masas caseosas á expensas de un tejido constituido por células.

En los *caballos*, los *asnos*, etc., los botones que sobre la mucosa nasal se desarrollan y constituyen el muermo por excelencia, tienen el tamaño de un grano de cañamon ó de un guisante. Las úlceras que se forman despues de su abertura están al principio aisladas ó reunidas por grupos; pero poco á poco se reunen, de suerte que toma la mucosa un aspecto particular como carcomido. De resultas de la formacion y rotura de las nuevas nudosidades en los bordes, fondo y contorno de las úlceras, y á causa de la fusion gangrenosa de superficies más grandes, se extiende la destruccion á la vez que gana en profundidad, hasta que, por último, los cartilagos y los huesos son denudados, se necrosan y eliminan. La erupcion de las pequeñas nudosidades es acompañada de un catarro de la mucosa nasal, que ofrece una intensidad considerable en los puntos que

rodean á estos productos, y es acompañado de una secrecion clara y trasparente al principio. Más tarde se vuelve este líquido espeso, viscoso y purulento, y si la ulceracion ha llegado á un periodo avanzado, toma un mal aspecto, ó se vuelve rojizo por su mezcla con sangre, adquiere un olor nauseabundo penetrante, y arrastra detritus de los tejidos mortificados.—Los tumores que se forman en los solipedos, en los ganglios linfáticos, la piel, etc., y que constituyen *los lamparones*, son más voluminosos que los botones de muermo propiamente dichos, encierran una mayor cantidad de masa caseosa, están aislados ó reunidos por grupos, y aun forman cordones en forma de rosario. Después de su abertura se forman úlceras redondeadas, desiguales, de bordes levantados ó invertidos, de fondo sùcio y abollado, y exhalan una secrecion abundante icorosa que suele aglutinar los pelos próximos, y al desecarse forma con ellos costras duras.

En el *hombre*, lo mismo se observa el muermo que los lamparones; sin embargo, la última forma predomina algo más, ataca de preferencia á la piel, y da en ella lugar á erupciones más numerosas y extensas que las que se suelen observar en los animales. Las lesiones de la mucosa nasal son exactamente iguales á las que se presentan en los caballos. Los núcleos desarrollados en la piel, el tejido celular subcutáneo, los músculos y los pulmones, son generalmente más bien de naturaleza purulenta que caseosa, de suerte que en la piel se toma fácilmente por pústulas, y en el tejido celular subcutáneo, en los músculos y los pulmones presentan gran semejanza con abscesos metastáticos. También en el hombre toman con mucha frecuencia parte en la enfermedad, los vasos y ganglios linfáticos bajo la forma de linfagitis y ademitis, produciéndose en algunos casos, lo mismo que en el caballo, verdaderos rosarios de lamparones. Desde las paredes de los vasos linfáticos se extiende la inflamacion con frecuencia á la piel vecina, la cual se hace por esta razon asiento de una erisipela maligna dispuesta á trasformarse en gangrena.

§. III.—**Síntomas y marcha.**

El *período de incubación* del muermo y los lamparones tiene una duración muy variable. Si el virus ha sido depositado sobre una herida, pueden presentarse los primeros fenómenos morbosos á los tres ó cuatro días; si por el contrario, se ha verificado la infección sin lesión de la piel (quizá por medio de la respiración), suele no declararse la enfermedad hasta después de algunos meses.—La extensión y marcha de la afección varían también en uno y otro caso. Cuando el virus ha obrado sobre una herida, por lo general, se ve desarrollarse primero fenómenos locales. La herida se inflama, los vasos linfáticos que á ella abocan forman cordones nudosos, los ganglios correspondientes se trasforman en tumores dolorosos, la inflamación que al rededor de la herida existe toma un carácter erisipelatoso, se desarrolla un edema considerable, se cubre la piel de burbujas y pústulas que contienen un líquido oscuro, icoroso y hasta verdaderas burbujas gangrenosas; muchas veces se forman abscesos en la inmediación de los vasos linfáticos inflamados, ó bien considerables destrucciones flemonosas. Parece que en algunos casos no avanza más la enfermedad, quedando limitada á las lesiones nutritivas que hemos señalado al rededor de la herida envenenada, y á una fiebre que está en relación con la intensidad de estas lesiones. Pero muchas veces vienen á agregarse á estos fenómenos locales, síntomas de una afección general. En los casos en que no ha penetrado el virus por una herida, abren la escena patológica los síntomas generales.

Se da generalmente el nombre de *período prodómico* ó *período de invasión*, al tiempo durante el cual la infección general se traduce por la fiebre, por un trastorno del estado general y por algunos fenómenos morbosos, especialmente subjetivos, pero sin existir todavía las lesiones nutritivas características del muermo y los lamparones. La intensidad de la fiebre es variable; en ciertos casos sólo al principio se observa un escalo-

frio único y violento, mientras que en otros se repite varias veces este fenómeno. La piel se pone caliente, la sed se aumenta, se hace frecuente el pulso, se sienten los enfermos débiles y abatidos, quejarse de dolores de cabeza, duermen mal, pierden el apetito; en una palabra, presentan fenómenos análogos á los que acompañan á otras enfermedades infectivas y aún á afecciones locales complicadas de fiebre. Sin embargo, á estos síntomas viene á unirse un fenómeno constante, y por decirlo así, característico; queremos hablar de los violentos dolores articulares y musculares. Estos dolores tienen principalmente su asiento cerca de las grandes articulaciones; aumentan por la presion y los movimientos, y á veces, pero no siempre, son acompañados de un infarto moderado de las partes dolorosas. Si, por una parte, pueden muchas veces estos dolores articulares musculares hacer tomar la enfermedad por un reumatismo, por otro lado, cuando se les relaciona con antecedentes algun tanto sospechosos, pueden permitirnos fijar desde luego la verdadera significacion del estado general.

Despues de durar más ó ménos tiempo el primer período, muchas veces tres ó cuatro semanas y aun más, y habiendo presentado estos síntomas ya una constante exacerbacion, ó ya una disminucion cada vez más marcada, hasta desaparecer casi por completo, entra la enfermedad en el segundo período, ó sea *el período de localizacion morbosa* ó de *erupcion*. En este segundo período presenta diversas modificaciones el cuadro de la enfermedad, segun que esta última se localice en una ú otra parte. Si bajo la forma de muermo, en su sentido más estricto, invade de preferencia la mucosa nasal, se desarrolla sobre la mucosa de la nariz y de sus inmediaciones una inflamacion erisipelatosa; la nariz, los párpados y la frente se hinchan, se ponen de color rojo oscuro y se cubren de vegigas ó de manchas azuladas, signos precursores de una gangrena cutánea. Mientras tanto no pueden respirar los enfermos por la nariz, de la cual se derrama al principio un líquido escaso, ténue y mezclado con algunas estrias de sangre, y más tarde una sá-

nies fétida; si el enfermo no está echado sobre el dorso, cae la secrecion por las aberturas posteriores de las fosas nasales en la faringe y obliga al enfermo á expectorar y toser. La mucosa bucal, el velo del paladar y las amígdalas son igualmente atacadas por la saliva, y ofrecen un color rojo oscuro, y se cubren cubiertas de escaras y úlceras.

Al lado de estos fenómenos del muermo, ó sin ellos cuando no es atacada la mucosa nasal, se observan por lo comun modificaciones características en la piel, que antes se consideraban como un exantema pustuloso, hasta que Virchow demostró que en las pústulas del muermo no se trata de un levantamiento burbujoso del epidermis por una exudacion depositada en la superficie del dermis, sino de una destruccion circunscrita de este último, por encima de la cual queda intacto el epidermis por espacio de cierto tiempo. Al principio están los puntos enfermos de la piel, segun Virchow, fuertemente enrojecidos y son muy pequeños, casi como picaduras de pulgas; más tarde se trasforman en pápulas; en una época todavía posterior toman las ligeras eminencias un aspecto pustuloso, y se encuentra debajo del epidermis un líquido amarillo bastante consistente que está llenando un espacio del dermis. El contenido de las pústulas muermosas, que suelen encontrarse en gran cantidad sobre la piel, se vuelve á veces sanguinolento y se seca más tarde en pequeñas costras morenas ó negruzcas.

Además de estas erupciones diseminadas, describe Virchow aglomeraciones mayores de botones muermosos situados más profundamente en la piel, y que corresponden á infartos más grandes, planos, duros y rojos, por encima de los cuales se eleva más tarde el epidermis en forma de ampollas azuladas debidas á un derrame hemorrágico. Hasta la capa superior del dermis que cubre estas aglomeraciones, se infiltra de una exudacion hemorrágica intersticial, convirtiéndose más tarde en un detritus pulposo.—Los botones del tejido subcutáneo y de los músculos, son algunas veces acompañados de una infiltracion inflamatoria extensa del tejido inmediato, dando enton-

ces lugar á los fenómenos de un flemon difuso, ó bien representan tumores circunscritos, duros ó pastosos, que no ocasionan ningun dolor y pueden desarrollarse de una manera completamente latente. Algunas veces se reabsorbe el contenido de estos botones; pero es más frecuente que se ulcere ó sufra una especie de fusion gangrenosa la piel que los cubre, y se produzcan grandes destrucciones que pueden profundizar hasta el hueso.—La participacion del pulmon y de la mucosa bronquial en la afeccion, se traduce por la dispnea, la tos y los estertores. La pequeñez de estos focos no permite descubrirlos al exámen físico; cuanto en mayor número se desarrollan simultáneamente los fenómenos morbosos que acabamos de enumerar, y cuanto más rápidos sean sus progresos, con tanta más prontitud sucumbe el enfermo á esta enfermedad, presentando los signos de una adinamia extrema y de un estado tifoideo ó de una fiebre pútrida, habiéndose terminado constantemente hasta ahora por la muerte. Puede esta ocurrir á los pocos dias, mientras que en otros casos se prolonga la enfermedad hasta tres semanas.

En el *muermo* y los *lamparones crónicos*, las lesiones nutritivas antedichas de la mucosa nasal, del tejido conjuntivo subcutáneo y de los músculos, se desarrollan con más lentitud y en menor número que en las formas agudas, las cuales se observan mucho más rara vez. La piel queda ordinariamente libre; por el contrario, el pulmon y la mucosa bronquial se afectan desde un principio. Sucede con bastante frecuencia que se verifica la erupcion por brotes separados por intervalos libres, y se considera como ya extinguida la enfermedad hasta que vuelve á producirse un absceso frio ó alguna otra erupcion. La mayor parte de los enfermos sucumben tambien al muermo y á los lamparones crónicos en un estado de marasmo, y sólo se sabe de un corto número de casos en que la enfermedad se ha terminado por la curacion.

§. IV.—Tratamiento.

Una de las obligaciones más importantes de la policía sanitaria consiste en evitar hasta donde sea posible por medio de severas prohibiciones, las probabilidades de transmitirse el virus de los animales atacados de muermo al hombre. Esta profilaxia, que no es de nuestra incumbencia, es la única que puede dar resultados seguros, mientras que en los casos en que la ligereza y el egoísmo hacen eludir las prescripciones de higiene pública, suelen ser impotentes para prevenir una desgracia las más grandes precauciones.—Sólo cuando inmediatamente después de obrar el virus sobre una herida se cauteriza energicamente el sitio de inoculación, puede esperarse prevenir la infección general.—Los remedios propuestos para combatir esta enfermedad una vez confirmada, como son los calomelanos á altas dosis, los preparados de yodo, la disolución arsenical de Fowler, las inyecciones de una disolución concentrada de creosota en la nariz, ó un tratamiento hidroterápico energético, han sido ineficaces, según los experimentos hechos hasta ahora. Lo más conveniente es seguir un tratamiento sintomático, que debe dirigirse tanto contra las lesiones locales como para la fiebre y el estado de las fuerzas del enfermo.

CAPÍTULO II.

RABIA. — HIDROFOBIA. — LISSA.

§. I.—Patogenia y etiología.

No nos meteremos á averiguar si la rabia de los animales pertenecientes al género canis, la cual indudablemente se transmite en la mayor parte de los casos por contagio de un animal á otro, se propaga sólo de esta manera, ó si bajo ciertas con-

diciones puede tambien producirse de un modo espontáneo. La rabia de los demás animales y la del hombre son puramente contagiosas; es decir, que la enfermedad no se desarrolla sino en virtud de una infeccion del organismo por el virus lísico, producido ó reproducido en el cuerpo de un animal atacado de rabia. Este virus, contenido en la saliva y la sangre, y quizá tambien en otros líquidos de los animales enfermos, no es de naturaleza volátil, sino fija; no penetra á través del epidermis sano, no teniendo, por consiguiente, jamás fatales consecuencias cuando no obra sobre un punto de la piel despojado de su epidermis.

La *causa* más frecuente de la rabia humana es la mordedura de un perro rabioso. Más rara vez es debida la enfermedad á la mordedura de otros animales rabiosos, tales como lobos, gatos, zorros, caballos, etc. La posibilidad de la infeccion de un hombre sano por la mordedura de otro acometido de rabia, no está bien comprobada; por el contrario, se ha logrado muchas veces transmitir la enfermedad por inoculacion del hombre á los animales. En las partes descubiertas, tales como la cara y las manos, es mucho más peligrosa la mordedura de un animal rabioso que en los sitios cubiertos por las ropas, en virtud de que en el último caso no llega con tanta facilidad la saliva envenenada hasta las heridas, sino que se empapa en las ropas. Segun lo que antes hemos dicho, no hay peligro ninguno en ser simplemente lamido por un animal atacado de rabia, ni en exponer la piel de cualquier otro modo al contacto de su saliva, su sangre, etc., á ménos que en el sitio expuesto se encuentre por casualidad una hendidura del epidermis ó alguna otra lesion de este género.

Es preciso *cierta predisposicion* á la enfermedad, que afortunadamente no es muy comun, para que el virus, obrando sobre un punto denudado de la piel, ocasione el desarrollo de la rabia. La inoculacion practicada por Hertwig con la saliva de animales rabiosos, sólo dió resultados en la proporcion de un 23 por 100. Entre 100 animales inoculados quedaron, pues, 77

libres, y segun los datos estadisticos de Faber, entre 145 individuos mordidos en el Wutemberg por perros rabiosos, únicamente 28 contrajeron la enfermedad.

En los cadáveres de las personas que han sucumbido á la rabia no se encuentra lesion ninguna característica. Las modificaciones más frecuentes son una rigidez cadavérica considerable, una hipostasis cadavérica extensa, una putrefaccion muy rápida, hasta el punto de que al poco tiempo de la muerte se encuentran ya burbujas de gases en los vasos, en el corazon y en el tejido conjuntivo; una fuerte imbibicion del endocardio y de las papedes vasculares, una hiperemia y exudaciones serosas en el cerebro y sus meninges, en la médula espinal, en algunos ganglios del gran simpático, y en ciertos nervios; una hiperemia, un infarto y un acumulo de mucosidad viscosa en la cavidad buco-faríngea; una hipostasis y un edema de las partes posteriores del pulmon; una congestion sanguínea de las paredes del estómago y de las grandes vísceras del abdómen. Todas estas modificaciones, sobre todo la inyeccion de los centros nerviosos y de los nervios, á la cual se ha dado algunas veces cierto valor para explicar la enfermedad, no son, sin embargo, de ningun modo constantes, y parecen formarse en su mayor parte momentos antes de la muerte, á consecuencia de los trastornos sufridos por la respiracion y circulacion en los accesos que en el siguiente párrafo describiremos.

§. II.—Anatomia patológica.

Los síntomas de la rabia ofrecen mucha ménos semejanza con los de las enfermedades infectivas hasta ahora descritas, que con los de un envenenamiento por la estrignina y por otros venenos vegetales. Despues de la accion del virus líisico, no se nota gran elevacion de la temperatura del cuerpo ni otros fenómenos febriles, ni lesiones palpables de la nutricion, que indiquen por su extension á los órganos más diversos una alteracion de los elementos nutritivos; obsérvase, por el contrario, ex-

clusivamente ó de preferencia en el sistema nervioso cerebro-espinal, modificaciones que siendo demasiado sutiles para apreciarse anatómicamente, sólo se traducen por estados de excitacion patológica. Así es que Romberg llama á la hidrofobia una toxoneurosis debida á la trasmision del virus lírico.

Difieren las opiniones respecto al tiempo que dura la *incubacion*. Los casos en los cuales la enfermedad no ha estallado sino veinte ó treinta años despues de la mordedura de un perro rabioso, y aquellos otros en los cuales ha aparecido la rabia al segundo ó tercer dia despues de la mordedura, han debido evidentemente ser mal observados. La menor duracion de la incubacion parece ser de ocho á diez dias, y la más larga de doce á trece meses. En la mayor parte de los casos estalla la enfermedad próximamente á los cuarenta dias despues de la mordedura.—Marochetti ha indicado que en esta enfermedad se forman unas vesículas debajo de la lengua en el período de incubacion, y por cuya destruccion podria prevenirse la explosion de la enfermedad, hecho que no se ha confirmado; por el contrario, se observa en muchos casos hácia el fin de la incubacion como unos dos ó tres dias antes de la invasion de la rabia, modificaciones particulares en la herida, ó bien si ya está curada, como generalmente sucede, en la cicatriz; toma la herida un aspecto lívido, se pone dolorosa y segrega una sánies líquida; la cicatriz que ordinariamente se ha formado rápidamente y sin fenómenos apreciables, se pone azul rojiza, se hincha y algunas veces vuelve á abrirse. A la vez acusan los enfermos sensaciones dolorosas, que partiendo de la herida ó la cicatriz, siguen una direccion centripetra, ó bien una sensacion de embotamiento en el miembro mordido. En muchos casos faltan estas modificaciones en el punto de aplicacion del virus.

El primer período de la enfermedad ó *período prodomico*, se distingue por un notable cambio del carácter del enfermo, que cae en un estado de melancolía aguda, y por lo cual ha recibido el nombre de período de melancolía (*stadium melancoli-*



