

x-rite

colorchecker CLASSIC



MANUAL PRÁCTICO
DE
ENFERMEDADES VENÉREAS Y SIFILÍTICAS

GERHARDT, BREDÁ Y BONIS

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

VENÉREO SIFILIS

PARASITOS

5286-88

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

LIBRARY

E 871

MANUAL PRACTICO
DE
ENFERMEDADES VENÉREAS Y SIFILÍTICAS

POR EL PROFESOR

AQUILES BREA

DIRECTOR DEL INSTITUTO DERMOSIFILOPÁTICO DE PÁDUA

Versión española de la última edición

del

DR. M. CARRERAS SANCHIS

Médico de la Asociación de Escritores y Artistas, profesor del Fomento de las Artes,
premiado con diploma de 1.ª clase de la exposición literaria y artística de 1885-86, etc.

ADICIONADO CON NOTAS

por el

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ

Médico de número del Hospital general, Jefe de la consulta de enfermedades de los niños
(sección de cirugía), en dicho hospital, Exmédico agregado del Hospital de la Princesa, etc.



MADRID
13, MAGDALENA, 13
1889

MANUAL PRACTICO

EXPERIMENTALES Y ANALITICAS

AGUILES BREDA

JANERAS SANCHEZ

Esta obra, cuya publicación
ha sido autorizada por el doctor
Breda, es propiedad de los
editores. *Derechos reservados.*

DE LA BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID



Madrid 1889.—Establecimiento tipográfico de G. Pedraza, Huertas 58.

A MIS COMPAÑEROS Y DISCÍPULOS

Si buscamos, para satisfacer las necesidades de médicos y alumnos, un libro en el cual se halle expuesta con método, concisión y claridad la sifilopatología, y en el que se desarrolle, especialmente desde el punto de vista práctico, cuanto en los últimos años puede considerarse como más positivo y atendible...hay que confesar que carecemos de él.

Tal defecto, tratándose de una materia que ocupa lugar importantísimo en el campo del ejercicio profesional y en el de la Patología, es más evidente si se tiene en cuenta las diferencias doctrinales que separan entre sí á las diversas escuelas; los notables progresos que recientemente se han realizado en esta materia; y el número extraordinario de publicaciones acerca de ella, que continuamente ven la luz en todos los países.

Por estos motivos, y para satisfacer los deseos de numerosos amigos, me he decidido á llenar tal vacío. He utilizado los resultados de doce años de estudios y observaciones, lo más detenidos que me fué posible. A los lectores corresponde decir si he satisfecho sus aspiraciones.

AQUILES BREDÁ

Pádua, Noviembre 1886.

MANUAL PRACTICO

DE

ENFERMEDADES VENÉREAS Y SIFILÍTICAS

PRIMERA PARTE

ENFERMEDADES VENÉREAS

INTRODUCCIÓN

Reciben el nombre de *venéreas* (1) ciertas enfermedades que se contraen sobre todo en el ejercicio de las funciones sexuales; que tienen casi constantemente por sitio primitivo y punto de partida los órganos de la generación, y que son contagiosas en alto grado, merced á *virus fijos*, especiales.

Estos virus son tres: el blenorragico, el ulceroso y el sifilítico; y tres, por lo tanto las enfermedades venéreas: la *blenorragia* (2) la *úlcera no infectante* y la *sífilis* (3).

La blenorragia y la úlcera no infectante, enfermedades antiquísimas, se transmiten con el solo contacto, aparecen y manifiestan su acción en territorios muy limitados, sin que su veneno ataque á todo el organismo. El *virus* de la sífilis, cualquiera que sea el punto por donde penetre, si bien permanece localizado al principio, se di-

(1) Herodoto refiere que la Venus Urania castigó á los Escitas que habian saqueado su templo, con una afección llamada *enfermedad de las mujeres*. J. de Bethencourt, fué el primero que adoptó en 1521, la palabra *lue venerea*. Por lo demás, la palabra *venereus* se encuentra consignada en Celio Aureliano, Suetonio, etc.

(2) Swediaur creó en 1807 la palabra *blenorragia*, de βλῆυα, moco y ρειν, fluir.

(3) De σιφιλος, defectuoso, despreciable. Según Fracastor, del nombre del pastor Syphilus, castigado por ultrage á los dioses y

...primo traxit cognomine morbus,
Syphilidemque ab eo, labem dixere coloni.

Para otros, de βός, cerdo y φιλειν, amar.

funde rápidamente y todo lo contamina: la sangre, lo mismo que los diversos órganos y tejidos, pueden manifestar su influencia; ó sobreviene, en suma, una enfermedad de todo el organismo, el cual puede transmitirla, no sólo por contacto, sino también por herencia; enfermedad que comenzó á hacerse notable en Europa al principio de la edad moderna.

La blenorragia y la úlcera no infectante han sido comprendidas con el nombre de *enfermedades venéreas*, en el sentido más limitado.

PROCESO BLENORRAGICO.

Es la *blenorragia* la más frecuente de las tres enfermedades y la más afín á las que tienen esa causa común. Consiste en un catarro inflamatorio contagioso de algunas mucosas. Pueden padecerla la uretra (en uno y otro sexo), la vulva, las glándulas vulvo-vaginales, la vagina, el cuello uterino, la conjuntiva palpebral, y el ano; las mucosas nasal, bucal, rectal, y hasta la de las vías lagrimales. Pueden considerarse susceptibles de padecer blenorragia las mucosas revestidas de epitelio pavimentoso, provistas de papilas y de una red superficial sub-epitelial de conductillos linfáticos; mientras que se hallan en el caso contrario las que tienen epitelio cilíndrico, con red superficial vascular.

La blenorragia consiste en la inflamación de la capa epitelial y del sistema linfático superficial de las mucosas cubiertas de epitelio pavimentoso.

Ciertos estados generales (escrófula, linfatismo, anemia, etc.) y locales (conformaciones viciosas, etc.), las sobreexcitaciones genésicas, los traumatismos é irritaciones diversas (escesos en la masturbación, en el coito, en el uso de las bebidas alcohólicas, etc.) pueden predisponer al catarro de las vías genito-urinarias, y aun provocarlo. Por lo demás, una inflamación catarral por causas comunes (*por irritación simple*), la uretritis que provocan las inyecciones, la vaginitis de la infancia, pueden producir un cuadro sintomático idéntico al que determina el contagio (*la irritación específica*) y aun llegar á ser contagiosas.

La transmisibilidad de la afección catarral, sea simple ó por contagio, es proporcionada á su purulencia: como ésta, ora aumenta, ora disminuye, puede cesar y hasta suspenderse para volver á una nueva actividad.

La posibilidad de aparecer *ex-novo*, de un modo completamente

autóctono, distingue la blenorragia de las úlceras no infectantes y de la sífilis. En las personas sanas, pueden aparecer catarros blenorragicos, que llegan á ser contagiosos; mientras que toda úlcera no infectante, toda sífilis, presupone el contagio por otro enfermo de la misma índole. Las úlceras no infectantes y la sífilis representan, por decirlo así, un árbol genealógico perfecto; constituyen, por su modo de difundirse y sucederse, una cadena no interrumpida, mientras que en la blenorragia sucede lo contrario, apareciendo un eslabón suelto en cada individuo que la padece.

Hay médicos que no creen necesario admitir un germen especial, un virus, para explicar la aparición de la blenorragia (*no virulistas*) mientras que otros le admiten para algunas de sus formas. Es cierto que las diversas irritaciones por agentes traumáticos, por secreciones y excreciones fisio-patológicas, en vías de descomposición etc.; etc.; pueden causar un catarro contagioso; pero es evidente también que una pequeñísima cantidad de producto blenorragico basta para que padezca blenorragia una membrana mucosa, con la cual se haya puesto en contacto breves instantes.

No es ésto solo: por medio de numerosas y detenidas investigaciones, se ha podido encontrar en el producto morboso un elemento sobre el cual recaen graves sospechas y formales acusaciones. Desde hace unos cuarenta años, se ha fijado la atención en ciertos protistos como causas esenciales de la enfermedad. En 1879, los estudios microscópicos y experimentales, repetidos por varias personas, en diferentes países, condujeron á reconocer, como causa primera de la blenorragia, un esquizomiceto (*gonococcus* de Neisser) de la familia de los diplococos. (1).

(1) La presencia y el valor patogénico de los gonococos en la blenorragia, fueron admitidos por el Congreso médico de Copenhague (1884); y en el de Estrasburgo (Septiembre de 1885) se declaron partidarios de la doctrina muchos médicos de diversos países. No se encontraron tales protistos en ningún estado distinto de la blenorragia. Bajo el dominio de ésta se les pudo descubrir en los productos muco-purulentos de la uretra de uno y otro sexo, de la conjuntiva en los abscesos peri-uretrales, en la linfangitis, adenitis, artritis y vaginitis; en el moco-pus de la vagina del útero (cuello y cuerpo), de las glándulas de Bartolini y de la vulva.

En dos ó tres días, multiplicándose por escisión, el *coccus* se insinúa en las células del pus, y después en las epiteliales; puede atravesar toda la capa epitelial y hasta llegar á las capas superiores del cuerpo papilar. La cantidad de los mismos guarda relación con el grado de la flogosis; sin embargo, en el *acmé* de esta, se ven menos cuando el producto es amarillento y muy fluido. Abundan en la secreción densa de la mañana. A veces se eclipsan, para reaparecer tan pronto como se exacerba la enfermedad. Generalmente se hallan dispuestos en estrias y se parecen á los diplococos; es decir, tiene una forma de 8, de bicocho, y, mejor aun, recuerdan dos granos de café unidos por su cara plana. Neisser consi-

[El jefe del laboratorio microbiológico del hospital de San Juan de Dios, Sr. Mendoza, en la investigación del gonococcus, la técnica que sigue en general es el teñido del preparado (pus) sobre los cubres por el azul de metilo, procedimiento puesto en práctica generalmente por todos los histólogos; otras veces también usa una mezcla de violeta Bale y oscuro Bismarck, que da por resultado una doble coloración; el gonococcus en violeta, los núcleos en pardo y el protoplasma y mucus forme en amarillo más claro; todo esto es igualmente práctico, pues colorea bien, evidenciando la existencia del gonococcus, que más se caracteriza por su morfología y fotografía, que por reacción especial con las materias tintóreas; pero cuando se trata de organismos aislados sin estos caracteres de distribución peculiar, como en el pus de las blenorragias del cuello uterino y vaginales, es dificilísimo el precisar su existencia; en estos casos, dice el Sr. Mendoza, seguimos convencidos de que hoy no existe medio mejor que el procedimiento de Roux, que es tratar el preparado por el método de Gran, y observar después de la coloración y después de terminado el método, si los micrococcus observados en la primera inspección persisten en la segunda, no se tratará de gonococcus; si se decoloran, lo son efectivamente, y si se ven decolorados unos y otros con el teñido persistente, se trata de gonococcus á los cuales se mezclan otros indiferentes ó piógenos pero no específicos.—H. B.]

Las mucosas uretrales y conjuntivales son las que más fácilmente padecen de blenorragia y elaboran el contagio más activo. Para producir la enfermedad no es indispensable que se insinúe el producto

dera como gonococos los diplococos que se hallan dispuestos en masas cuadradas, y añade que los individuos aislados no pueden pasar por tales (Septiembre 1885). Aconseja buscarlos en el producto de la uretra masculina. Cuando se lava dicho conducto, enfermo durante dos ó tres días, con una disolución de deutocloruro de mercurio al 1 por 2000, si al 3.º ó 4.º día se encuentran diplococos en el producto, puede tenerse la seguridad de que son elementos contagiosos, que vinieron con las capas epiteliales profundas.

Para examinarlos, se extiende el producto sobre un cubre-objeto, se deseca, se colorea con el metilvioleta, ó dalia, ó violeta de genciana, ó con la disolución concentrada de eosina (Baum) ó con el azul de metilo (Neisser). Se lava prudentemente el preparado, que se puede examinar después al microscopio, con un aumento de 500 á 900 diámetros.

Baum asigna á los grandes gonococos los diámetros de 1.6×0.8 milésimas de milímetro, y á los pequeños 0.8×0.6 .

Los cultivos se hacen en el suero de la sangre, en cuyo líquido solo se multiplican los gonococos. Las inoculaciones de moco-pus (De Amicis), y de los productos del primero, del cuarto y hasta del noveno cultivo (Bockhart, Paul y Bumm) confirman su poder contagioso. Aunque representan la especificidad de la afección, no siempre revelan su procedencia contagiosa. Se han encontrado dichos cocos en niños, en los cuales, nada hacia sospechar siquiera un origen contagioso. Se han visto también en los adultos 1, 2 y aun más años después del coito sospechoso. Cuando, en un producto catarral de las vías urogenitales, existen los gonococos, se debe admitir desde luego que es contagioso (Neisser.

contagioso en el tejido, previamente desprovisto de su epitelio; basta el simple contacto, durante breve tiempo, de aquél con éste. Al cabo de algunas horas en ciertos casos, á los tres ó cuatro días en otros, comienza el trabajo morbosó. Empieza por la hiperemia, que ordinariamente es más activa cuando la provoca un estímulo externo. Por debajo de la mucosa, distiéndese ámpliamente la red vascular, de la cual fluye serosidad, que infiltra la mucosa y determina un edema de la mucosa, apareciendo después en la superficie libre (*catarro seroso*) (*καταρρεῖν* escurrir). A esa serosidad suele unirse bien pronto una cantidad variable de elementos epiteliales de esfoliación, y también moco (*catarro epitelial*, *catarro mucoso*). Con la multiplicación de los primeros, coincide el trabajo de endogénesis. El moco procede, por un lado, de la actividad glandular, y, por otro, de la metamorfosis mucosa de las células epiteliales. Brücke fué el primero que vió gotitas de moco que salían directamente de las células epiteliales, en el conducto intestinal; Cornil y Ranvier observaron que en las células epiteliales la substancia mucosa, bajo la forma de masas globulosas, se acumula en el protoplasma alrededor ó al lado de los núcleos, que son empujados hacia la periferia. Las células epiteliales, elaboradoras de la mucina, bajo el estímulo de la inflamación, aumentan su actividad; sin embargo, si la flogosis ofrece gran duración é intensidad, parece que aquellas pueden perder la facultad de producir mucina (Cohnheim) (1).

Al producto de la elaboración catarral, si sigue agravándose aquel estado, se pueden unir corpúsculos de pus, que en acasiones llegan á predominar en el líquido (*catarro purulento*). Ora deriven sólo de las células epiteliales (por escisión, Cornil y Ranvier) ó más tarde también del tejido conectivo (Stricker); ora sean verdaderos leucocitos emigrados de los vasos (Cohnheim), es lo cierto que se encuentran en la mucosa y en los folículos. Las paredes de algunos de estos pueden ser invadidas por la flogosis, difundiéndose ésta por el tejido conectivo y por los demás que se hallan situados alrededor; y, ora sea aguda, ora lenta, con sus infiltraciones, reblandecimientos, hiperplasias, llega á determinar grandes trastornos funcionales y anatómicos, engrosamientos, erosiones, ulceraciones, abscesos, escavaciones ulcerosas, fungosidades, senos, fistulas, ó bien infiltraciones epiteliales, granulaciones, estrecheces

(1) Cohnheim, *Lecciones de Patología general*, versión española de los Sres. Carreras, Compañed y Paris.—Madrid, 1888.

orgánicas, nudosidades en los cuerpos cavernosos. Algunas de estas lesiones pueden provocar muy bien hemorragias más ó menos considerables; las cuales son más frecuentes cuando hay una excesiva distensión de los vasos capilares, es decir, en el acmé de la fase aguda. Entonces la sangre comunica á la secreción morbosa un color obscuro, que da á la afección el nombre de *blenorragia negra ó roja*.

Una misma blenorragia puede recorrer en pocos días sus diversos estadios (*serosa, epitelial, mucosa, purulenta, hemorrágica, ulcerosa*, etc.), pero es lo más común que llegue hasta la supuración superficial.

En el período de desarrollo de la enfermedad, las diversas fases se suceden con mucha mayor rapidez que en el de resolución, en el cual, necesariamente, se repiten en sentido inverso. No todas las blenorragias purulentas son contagiosas. De cualquier modo, una blenorragia puede llegar, varias veces consecutivas, al período de fastigio. Una forma aguda, sobreponiéndose á otra más lenta, la eclipsa y hasta la hace desaparecer. Con frecuencia se ven en un mismo conducto mucoso grados de inflamación diversa; y puede suceder muy bien que, curada la porción más accesible, más gravemente enferma y de menor tiempo, queden en toda su actividad focos menos molestos, aunque más insidiosos. Es facilísimo explicar que una mujer de buena fe se crea sana en tales circunstancias, cuando en realidad padece un catarro en su parte alta de la vagina, ó que se declare curado á un joven que sufrió dolores graves por una uretritis aguda, cuando todavía está enferma la parte profunda de la uretra.

De cualquier modo, podemos admitir que en varios casos las lesiones anatómicas no cesan al desaparecer el catarro: de aquí una fácil morbilidad; de aquí un hecho que con tanta frecuencia se observa en la práctica, á saber, que las exacerbaciones, las recaídas, superan en mucho á las pretendidas recidivas.

Cuando se repite una blenorragia, es muy raro que adquiera la intensidad de la primera vez: esto es más evidente en las inflamaciones blenorrágicas subagudas y sobre todo en las crónicas, pues con frecuencia tienden á aumentar el tejido conectivo en la trama del tejido mucoso, protegiéndolo, acorazándolo—digámoslo así—contra ataques muy agudos.

En el hombre, como en la mujer, la inflamación por blenorragia puede difundirse más allá del punto primitivamente invadido, extendiéndose, ora por contigüidad, ora por continuidad. En el hombre, desde la uretra puede propagarse á los cuerpos cavernosos y á la túnica vaginal, ora á los testículos, ora hasta los riñones. A veces,

aunque raras, le parecen todavía estrechos estos límites, y la afección deja sentir su influencia en algunos nervios ó articulaciones, á lo largo de ciertas vías linfáticas, desde cuyas partes suele propagarse á su vez á otras más distantes, como después veremos.

Vamos á estudiar sucesivamente la blenorragia de la uretra en el hombre; de la vulva, de la vagina, del cuello uterino y de la uretra en la mujer; además, las complicaciones posibles en estas diferentes entidades nosológicas, y la blenorragia conjuntival en uno y otro sexo.

De las blenorragias extragenitales, la blenorragia llamada rectal no suele pasar del orificio del ano, según demuestran los experimentos y la observación clínica; es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre.

Cuanto á las blenorragias nasal, auricular, bucal, axilar y umbilical, no está demostrado que existan realmente: repetidos experimentos han permitido comprobar la inmunidad de algunas de esas mucosas frente á la materia contagiosa.

URETRA DEL HOMBRE.

RECUERDOS ANATOMO-FISIOLÓGICOS Y MODOS DE EXAMEN.

Es un conducto excretor (de ούρον orina y ορεγω corro), que aumenta en relaciones y afluentes á medida que se profundiza. Suele dividirse en una parte *externa*, que va desde el orificio cutáneo hasta el ligamento de Carcassone ó triangular, y otra *interna*, que llega al orificio de la vejiga. La uretra externa comprende toda la uretra esponjosa en sus *porciones balanal, peniana, escrotal y bulbo-perineal*; la uretra interna abraza la uretra *membranosa* y la *prostática*: ambas miden en el adulto una longitud media de 13 milímetros la primera, y de 27 la segunda. La uretra externa posee pocas fibras musculares longitudinales orgánicas, ninguna el glande: toda ella está rodeada por un cuerpo cavernoso, cuyos elementos se funden con los elásticos de la mucosa, que son abundantísimos.

La uretra membranosa se halla revestida por una capa muscular orgánica, de un milímetro de grosor, alrededor de la mucosa, y á la cual se unen las fibras estriadas de los músculos de Guthrie y de Wilson, para constituir el llamado *constrictor de la uretra membranosa*, túnica muscular de unos seis milímetros de grosor. La uretra prostática, en el adulto, pasa como una galería á través de la masa de la próstata, la cual la hace sufrir sus diversos cambios de

posición, sus variadas alteraciones de forma y volumen. La aponeurosis media del perineo mantiene fija la porción membranosa, como los ligamentos prostáticos la prostática.

El fondo de saco del bulbo es el punto menos movable de la uretra externa, el más declive de todo el conducto. Este gira en torno de la sínfisis pubiana, de la cual, cuando está debajo, dista 18 milímetros, y, al llegar á su terminación en la vejiga, 30 ó 34 milímetros. Entre estos dos puntos, la diferencia de nivel varía de 30 á 40 milímetros. Con esto, desde el bulbo hasta la vejiga, describe la uretra, en los adultos, un segmento de círculo, con un radio medio de 4 centímetros, radio que puede hacer más corto el engrosamiento de la próstata.

En la porción prostática, existe el *esfínter prostático* que, en la eyaculación, impide la entrada del semen en la vejiga. El esfínter de la uretra membranosa puede ofrecer obstáculo á la punta de un cateter, lo mismo cuando entre que cuando sale; puede impedir que los productos morbosos pasen de la uretra interna á la externa, cuando existen en pequeña cantidad y la orina no los empuja; y también se opone á que penetre ningún líquido de fuera adentro, si no es empujado bruscamente, con fuerza, á la vez que se dificulta su salida. Del mismo modo, si se instila un poco de líquido en la parte profunda de la uretra, puede tenerlo prisionero el diafragma situado alrededor de la uretra membranosa, y si no penetra en la vejiga, esperar que se vacie ésta para volver al exterior. La corriente eléctrica llevada á la uretra membranosa determina contracciones del conducto contra el instrumento respectivo, precisamente en la zona que en el cadáver ofrece cierta rigidez y en la que un catéter encuentra cierta dificultad para avanzar. En suma, la uretra membranosa, con el grupo de músculos que la rodean, funciona como un esfínter uretral. La clínica demuestra, por otra parte, de qué modo completa y perfecciona el esfínter vesical. Su parte de fibras musculares estriadas, sujeta como sabemos á la voluntad, suele resistir á las contracciones de la vejiga. La porción membranosa puede ser considerada como sitio único de las estrecheces espasmódicas.

En la mucosa de la uretra abundan las glándulas acinosas (en la uretra externa existen, sin embargo, las lagunas de Morgagni). Dichas glándulas dominan en la porción membranosa, pero se hallan esparcidas por todas partes, hasta los tubillos prostáticos. La mucosa de la uretra es más rica que cualquier otra en fibras elásticas, y se adhiere íntimamente á las partes que la rodean.

Al nivel de la fosa navicular, del bulbo y de la próstata, la pared

inferior forma otras tantas depresiones, en las cuales la uretra es más amplia; en el bulbo, aunque falte dicho hundimiento, se nota una depresibilidad mayor que en el resto de la uretra esponjosa. Los puntos más estrechos del conducto son la entrada en el orificio cutáneo y el comienzo de la uretra membranosa, que, teniendo en cuenta su escasa dilatabilidad, recibe el calificativo de *istmo*.

Cuando haya que introducir un catéter en la uretra, se le debe dirigir contra la pared superior. Esta presenta un camino más corto, más regular, más constante en su forma y dirección, más duro, menos apto para huir y modificarse bajo la presión, más capaz de resistir contra las posibles dislaceraciones y penetraciones, en virtud de sus relaciones anatómicas y de su menor vascularización.

Por lo demás, al cateterismo deben preceder, por lo general, la inspección externa, la palpación, la exploración rectal. Estos medios, la endoscopia, y el examen microscópico de ciertos productos, que varían en cada ocasión, nos colocan en el caso de apreciar exactamente la existencia de lesiones, su asiento, naturaleza é importancia; tanto en lo que se refiere á la uretra, como á las partes más ó menos relacionadas con ella.

La inspección externa puede hacernos apreciar el aspecto exterior de las partes, la cantidad y calidad de los productos patológicos, las intermitencias en su salida. La palpación, por sí sola, nos suministra muchos datos respecto á la porción esponjosa de la uretra y de los tejidos ambientes. Los cuerpos extraños de dicho conducto, las infiltraciones neoplásicas é inflamatorias, las ulceraciones, etc., pueden ser reconocidos y aun clasificados. También la porción perineal de la uretra puede ser examinada con éxito por la palpación. El tacto rectal permite percibir, á dos centímetros del esfínter, la terminación redondeada del bulbo de la uretra; penetrando más, el cuerpo de las glándulas de Cooper, más arriba, la próstata en toda su cara rectal; las vesículas seminales y la vejiga de la orina. La compresión puede llegar á expeler productos acumulados en un punto de la uretra externa y después no es fácil ver si la lesión existe más arriba. Limpia la uretra, mediante una micción parcial, la compresión sobre la próstata podrá hacer llegar al conducto los productos que una nueva micción colocará á nuestro alcance.

Vemos, pues, que el cateterismo—definido por algún autor una *colección de sensaciones*,—solo ó asociado á la palpación ó al tacto rostral, puede suministrarnos datos numerosos y exactos. Muchas veces corresponde al cateterismo la última palabra en el diagnóstico. Una candelilla flexible, bastante consistente, que termine en una bola

(núm. 16 al 18 de la escala trimilimétrica), que se deslice primero por la pared inferior de la uretra y después por la pared superior, que no sea empujada con fuerza, sino que se sostenga entre los dedos delicadamente, de modo que al primer obstáculo en su avance llegue á detenerse... puede, en una uretra sana, dejar advertir un ligero obstáculo en la porción membranosa, en el momento en que el enfermo acusa una ligera molestia y nada más. Pero si la bola tropieza con superficies erosionadas, ulcerosas, vegetantes, lo revelarán el dolor, la hemorragia, la dificultad para pasar adelante. Si un dedo aplicado sobre la uretra acompaña á la bola, podrá saberse dónde existe el obstáculo; cuál es el espesor, consistencia, etc., de las partes enfermas; cuándo entra aquélla en el istmo, cuándo en la uretra prostática; y, si el instrumento es una jeringa, cuándo la punta de ésta comienza á penetrar en la cavidad vesical. De este modo, se examina todo el trayecto del tubo uretral, teniendo continuamente una pared entre los dedos y recorriendo toda la superficie interna de la uretra con el instrumento explorador.

[El consejo del autor al decir que las exploraciones uretrales se hagan con mucho cuidado, no nos cansaremos de encomiarlo, pues hemos presenciado numerosos falsos trayectos, lesiones graves, ocasionadas en uretras sanas por torpeza en el manejo de la sonda: *nunca debe de hacerse fuerza*, en el momento que se presente un obstáculo, no seguir introduciendo la sonda, á veces un espasmo de la uretra es la causa y deteniéndose un momento suele pasar y entonces ya se puede continuar. Tratándose de uretras que pueden estar erosionadas, ulceradas, etc., las precauciones, como fácilmente se comprende, han de ser mayores, pues con el menor esfuerzo que se hiciera, puede ocasionarse mayores males, solo la mano ejercitada del práctico puede vencer estas dificultades.—H. B.]

Por lo que concierne al estado de la superficie del conducto, nos suministrará datos seguros la *endoscopia*, que puede aplicarse á lo largo de todo el tubo uretral y á la vejiga (uretro-cistoscopia). Los uretroscopios abiertos ó cerrados con cristal, rectos ó curvos, de metal y de goma endurecida, pueden servir para el examen y para aplicar las medicaciones. Una curva ligera facilita la penetración en la vejiga de un catéter hasta la extremidad vesical. La porción bulbosa de la curva uretral puede deprimirse 12 á 15 milímetros, mientras que la muscular se eleva otro tanto, á espensas del plexo de Santorini. Con esto la uretra se endereza y hace posible el cateterismo rectilíneo, ó la introducción de las candelillas uretrales rectas. El uretroscopio pone ante nuestra vista las condiciones de la superficie

uretral, la mucosa, los diversos orificios intrauretrales, granulaciones, estrecheces, etc.; puede también hacernos ver el orificio de ingreso de una de estas, y facilitar el sondeo; permite la escisión de vegetaciones, previo un examen repetido, etc.

El microscopio debe ser adoptado muchas veces en los casos que nos ocupan. Siendo tantos los afluentes que abocan á la uretra, y tanta la variedad de productos fisiológicos y patológicos que en ella se derraman, el examen microscópico permite muchas veces designar la presencia, naturaleza, origen y valor clínico de algunos elementos é ilustrarnos á tiempo respecto al estado del paciente y de ciertas complicaciones, que sería sensible pasaran desapercibidas.

BLNORRAGIA URETRAL.

Uretritis blenorragica aguda. uretritis blenorragica crónica, gota militar, humedad uretral.

Pueden provocar una blenorragia uretral el contagio y la irritación. La materia contagiosa, ora pasa directamente de la mucosa enferma á la sana (contagio inmediato), ora la llevan á esta última la ropa blanca, ciertos objetos y aun los individuos que permanecen sanos (contagio mediato). La contaminación puede efectuarse sin necesidad de excitación sexual, ni de erección, ni de ninguna lesión previa de la mucosa. La mayor parte de las uretritis depende del contagio, y en su producto crece y se multiplica el gonococo. La sangre menstrual, los loquios, el icor canceroso y la leucorrea no perjudican generalmente á la uretra, pues el hábito conduce á la aclimatación; el abuso del coito, el exceso de vulnerabilidad, dejan presuponer algún peligro. El onanismo, la erección prolongada, el abuso de las inyecciones llamadas profilácticas, el paso por la uretra de esparragina, cantaradina, productos de reducción, arenillas, cálculos, catéteres; el uso excesivo de los licores ó de la cerveza, las dimensiones desproporcionadas del pene y del orificio cutáneo de la uretra, el hipospadias, el prepucio largo, la constitución escrofulosa, las hemorroides, los vermes intestinales, las lesiones más ó menos importantes de algunos órganos inmediatos, y quizás ciertas influencias epidémicas... pueden obrar como elementos ocasionales, y algunas veces llegan á ser verdaderas causas determinantes; sin embargo, esto último es bastante raro.

Desde el momento en que obra la causa, hasta que aparecen los primeros signos de la enfermedad, transcurren seis ó siete días (pe-

ríodo de incubación), según la fuerza de la causa y la impresionabilidad de la parte. Sucédense después los períodos de *desarrollo*, de *acmé* y de *declinación*. Cuando la causa morbígena viene del exterior, comienza por enfermar la porción de uretra que envuelve el glande. Por lo general, la enfermedad permanece limitada á este punto durante tres ó cuatro días, y después se dirige hacia la uretra perineo-bulbar, lo que rara vez ocurre antes del décimo día; y aquí se detiene casi siempre la difusión del mal.

El catarro puede ser, según el período é intensidad de la inflamación, seroso, epitelial, mucoso, hemorrágico, más ó menos mezclado y en mayor ó menor abundancia. La intensidad de los síntomas subjetivos no guarda á veces armonía con la de los objetivos.

Hay á veces inapetencia, insomnio, malestar, abatimiento y fiebre. Uno de los primeros síntomas es el ardor al orinar. Casi siempre, es mayor en la fosa navicular; á veces es tan extenso como la inflamación, y siempre más ó menos intenso según la agudeza de ésta. La vascularización de la mucosa, la irritación de la túnica muscular (miositis periuretral, parética ó paralítica) y el engrosamiento del cuerpo cavernoso uretral, pueden perturbar el curso de los productos morbosos y de la orina, impidiendo á ésta su fácil descenso hasta la fosa navicular y provocando disuria y estranguria. La cavernositis, en virtud de la lesión de los elementos contráctiles y del exudado que se forma, disminuye ó suspende en absoluto la distensibilidad del cuerpo cavernoso de la uretra. Si llega á ser flegmonosa, supurativa, produce en la fosa navicular, y más rara vez en el bulbo, abscesos, senos fistulosos externos, y, en casos escepcionales, fístulas. La cavernositis lenta, que algunas veces, se manifiesta en torno de la uretra y todavía más en los cuerpos erectiles, determina infartos difusos, induraciones, nódulos fibrosos, que poco á poco disminuyen de volumen por la presión, pero que generalmente son rebeldes y algunas veces invencibles. La mucosa uretral inflamada, distendida, provoca gran dolor en el acto de la erección: también lo producen los cuerpos cavernosos, en los puntos en que la inflamación hace imposible la turgidez eréctil.

La pérdida de distensibilidad de tal ó cual porción de los cuerpos esponjosos, obliga al pene á encorvarse en forma de arco alrededor del punto ó puntos afectos (*cuerda inflamatoria*): éstos, así violentados, determinan un dolor siempre intenso, proporcionado á la agudeza de la enfermedad. Algunas veces las fibras longitudinales de la uretra, durante la erección, pueden sufrir cierto espasmo y doblar el pene hacia bajo: con todo; esta *cuerda espasmódica* es mucho más

rara que la cuerda inflamatoria. La mucosa uretral, violentada por la erección, da lugar en ocasiones á la rotura de algún pequeño vaso, si bien entonces la hemorragia suele ser muy escasa. Más abundante puede ser la que sigue á la rotura violenta de la cuerda, que provocan algunos enfermos obligados por las grandes molestias de la erección: ésta es acerba é insistente en las formas agudas, sobre todo por la noche. Pues bien, cuando los enfermos, apoyando el pene rígido y curvo sobre una superficie plana, lo enderezan de un puñetazo, pueden herir la mucosa y también el cuerpo cavernoso. A esta práctica siguen, además de la hemorragia del momento, infiltraciones, estrecheces cicatriciales sucesivas, etc.

Las erecciones nocturnas, además de causar dolores, activan la inflamación, provocan poluciones, inquietud é insomnio. Cuando los folículos del glande y más aún de la mucosa del bulbo, se ven asediados por vivo y continuo trabajo, pueden reblandecerse, supurar y degenerar, unidos al tejido que los rodea. Cuando la inflamación es lenta, puede formarse tejido conectivo nuevo, tanto en los cuerpos cavernosos, como en el seno de la mucosa y de la submucosa. Este tejido conectivo, lo mismo que el que llenará las úlceras foliculares ó las lesiones eventuales traumáticas, constituye en las porciones no distensibles de la uretra trayectos de calibre inferior al normal (*estrecheces orgánicas*) que agravan la inflamación en las demás porciones del conducto.

La uretra profunda comienza por enfermar cuando las causas de la uretritis son intensas; sin embargo, más tarde se inflama la uretra externa. El producto de la uretritis profunda no es tan denso, cremoso y homogéneo como el de la uretritis externa; es transportado por la orina y más rara vez por contracciones reflejas que recuerdan la eyaculación: puede hallarse mezclado con la secreción de la próstata y de las vías seminales. De aquí deriva una necesidad frecuente, á veces imperiosa, de orinar, tenesmo vesical, á menudo insistente, que puede hacer eliminar, al fin de la micción, algunas gotas sanguíneas y aun sangre pura. La uretra membranosa y prostática, inflamadas, simulan la cistitis cervical, que á veces existe en realidad.

Así como la uretritis externa, si no está ya aliviada, se alivia al sobrevenir la uretritis interna, así también ésta calma algo cuando aparece una complicación. De cualquier modo, la agudeza de la uretritis interna declina rápidamente.

Se suele hablar de una uretritis *crupal* y de una uretritis *seca*. La primera se halla caracterizada por un producto blando, fibrinoso, estriado, en forma de cilindros huecos, que por la tracción no se di-

viden en filamentos, sino al través, en anillos, que con el ácido acético se hinchan y aclaran como la fibrina, mientras que el moco se torna opaco y filamentoso. Dicho producto deriva casi siempre de la uretra externa, comunmente después de inyecciones muy irritantes hechas con el bicloruro de mercurio ó con el nitrato argéntico. La uretritis seca, que no debe confundirse con la neuralgia uretral, ó uretrodinia, no existe como forma aislada. Lo que sucede es que á veces el catarro no se declara al exterior, porque lo impiden las inyecciones coagulantes. Puede ocurrir también que, en el curso de una blenorragia, la superficie mucosa esté seca como la de la nariz, de las fauces, etc., porque sobrevengan accesos febriles; por consiguiente, puede manifestarse una fase transitoria de sequedad, sin que exista por eso una forma que en realidad deba llamarse uretritis seca.

Una uretritis no sigue siempre un curso regular, sino que ofrece diversas fases, diversos aspectos. La uretra es un espejo en que el médico puede ver mil influencias, sobre todo por parte del régimen y de la alimentación. El pesimismo de los primeros días en el enfermo de uretritis, cede su puesto muy pronto al optimismo más lisonjero. Una uretritis que se creía curada ocho ó diez días, puede reaparecer una ó más veces (blenorragia intermitente, blenorragia de repetición).

Una uretritis blenorragica aguda suele tardar en disiparse por completo cuatro á ocho semanas; otras veces asume los caracteres de la forma crónica.

En las recidivas, el proceso morboso no alcanza nunca la agudeza de los primeros días. Diversas circunstancias causales preexistentes, entre ellas la tuberculosis y la sífilis uretral, pueden engendrar una forma que sea crónica desde el principio.

La uretritis crónica externa es más frecuente que la interna. Esta pasa á menudo desapercibida, si bien, á diferencia de aquella, determina en muchos individuos complicaciones próximas ó remotas, á veces repetidas.

Para nuestro estudio, conviene distinguir:

BLÉNORRAGIA CRÓNICA

Síntomas vivos.—Tres ó cuatro horas despu la última micción, se puede esprion el dedo una gota blanca ó amnta. Puede descender por sí, ó sóloa orina. El meato suele estar algo hieido.

Síntomas svos.—Por lo general, ligeras mole; cuya calidad y sitio varían en lossos pacientes y también en uno u, según las circunstanacias.

Peligros.—ptibilidad al catarro mucoso y al jnto por excesos en el coito, en lohólicos, etc.

GOTA MILITAR

Síntomas objetivos.—A las seis, ocho ó doce horas de la última micción (casi siempre después del reposo de la noche) se ve por la mañana una gota lactiginosa ú opalina, nunca amarilla, que pega los labios uretrales; ó bien hay filamentos blancos en las primeras gotas de orina, que se pueden hacer salir también comprimiendo el glande.

Síntomas subjetivos.—Ninguno. Rara vez un escalofrío ó un estremecimiento muy fugaz, al orinar.

Peligros.—Los trastornos del régimen y dieta no ejercen una influencia muy apreciable: la posibilidad del contagio es muy escasa ó casi nula.

HUMEDAD CRÓNICA URETRAL

Síntomas objetivos.—Sale un líquido análogo al que fluye por la uretra después de una erección prolongada y violenta; es trasparente y filamentosos: en pos de la uretritis puede salir al exterior sin necesidad de erecciones, distendiéndose en filamentos de 4 ó 5 centímetros de largo. Véese, sobre todo, después de la defecación (prostatorea.)

Síntomas subjetivos.—Ninguno.

Peligros.—Puede tornarse opalino, mucoso. Ningún peligro de contagio.

Así como la uretritis crónica puede venir de la aguda, también puede á su vez convertirse en una gota militar y en humedad. Esta procede casi siempre del aparato glandular; el origen de aquélla puede ser la fosa navicular y á veces está más alto. La uretritis crónica tiene su asiento más común en el fondo de saco del bulbo, rara vez en la uretra interna (1).

Cuanto más antigua es la uretritis, más graves pueden ser las lesiones anatómicas, pero más circunscritas. En la forma aguda, puede haber rubicundez, tumefacción de la mucosa; más rara vez, distensión de los folículos, con maceración y erosión de su orificio. Por el examen histológico, se ve predominar la formación de células epiteliales, la transformación purulenta de varias de ellas; dilatación de los vasos extraordinariamente llenos; infiltración abundante de elementos linfocitos en la capa subepitelial y en el dermis mucoso, que decrece hacia las capas profundas; gonococos alrededor y dentro de dichos elementos. En la forma crónica, se ven notables arborizaciones lineares, inyecciones punteadas, tumefacción, mayor consistencia y rigidez de la mucosa, que ofrece un grosor doble ó triple del normal; desprendimientos epiteliales, ulceraciones, inflamaciones de los folículos, desarrollo de granulaciones y de vegetaciones, ora sesiles, ora pediculadas; engrosamientos epiteliales, á veces muy notables; condensación de la mucosa, rígida en algunos puntos, en forma de anillos; cicatrices, que limitan la amplitud y dilatabilidad del conducto. La submucosa y las capas situadas á su alrededor se hallan también á veces comprometidas de un modo análogo.

(1) Las glándulas uretrales, las de Cooper, la próstata y las vías seminales, pueden derramar en la uretra un humor, lo mismo cuando están sanas que cuando se hallan enfermas. En este último caso ya veremos más adelante lo que sucede. Ocupémonos ahora de sus secreciones higiológicas.

Las glándulas uretrales lubrican la uretra con un líquido semitransparente, gris, que semeja al de la próstata.—La secreción de las glándulas de Cooper es hialina, muy viscosa, filamentososa, untuosa al tacto, es alcalina. Ella da al esperma el carácter filamentososo; no contiene elementos anatómicos; con el ácido acético no se coagula ni forma estrías, como el moco. Es eliminada en substancia bajo el influjo de la excitación erótica. Se mezcla con el semen ó bien sale, se une, en el momento de la eyaculación, con el líquido procedente de las glándulas uretrales.—La secreción prostática es un líquido ténue, turbio, lactiginoso, de los más gruesos ofrecen las dimensiones de un globo rojo. ^{es de color rojo y alcalina} del olor del esperma. Contiene copos disolución, al 1 por 100, de fosfato de amoníaco, deja precipitar los cristales de Boettcher, que en el cadáver se encuentran ya formados en el líquido prostático. El humor prostático suele salir, cuando abunda durante la defecación.—El esperma llega algunas veces á la uretra, sin que intervengan la erección ni las excitaciones sexuales, con las heces, ó las onisas,

Cuando sale un humor por la uretra, es necesario conocer si procede de dicha mucosa y de qué capa de la misma; qué condiciones locales y generales lo mantienen.

Si procede de la mucosa, la fecha de la afección, la calidad y cantidad del producto, la intensidad del dolor durante la micción ó la erección, nos indicarán el grado de la enfermedad, y, en parte, su extensión.—Téngase presente la posibilidad de que existan dos zonas enfermas, cuya fecha y gravedad sean diferentes, pues en la práctica no es raro que con un catarro crónico de la uretra interna coincida una forma aguda de la externa.

La anamnesis, detenidamente averiguada, la irrigación de un trozo de uretra, y el examen de los productos que por la misma salen y de los que saldrán inmediatamente después, junto con la orina, podrán resolver la duda, lo mismo que la inspección de las diversas porciones de uretra con una algalia ó por la palpación: es también útil el uretroscopio. Estos medios, además de indicarnos el sitio, nos revelan la especie de las alteraciones. La índole de las complicaciones, la salida del producto morbosos con las orinas, ó bien bajo la forma de eyaculación; la posible presencia de elementos prostáticos ó seminales; los dolores en la eyaculación, harán pensar en una uretritis profunda. Es innegable, por lo demás, que existe cierta analogía de síntomas entre la uretritis profunda, la prostatitis y la cistitis cervical, afecciones que no pocas veces se asocian entre sí.

La uretritis no es generalmente una afección grave. Las complicaciones (flebitis de los cuerpos cavernosos, prostatitis aguda, poliartrosis, oftalmía purulenta, etc.) y las sucesiones morbosas (estrecheces, abscesos, fístulas) son frecuentes y pueden conducir á resultados graves y aun á la muerte. Las condiciones generales del sujeto, la duración, gravedad y profundidad de las lesiones que sostienen el catarro, la facilidad con que éste se exacerba ó recidiva, hacen más ó menos difícil la curación. La tenacidad de la enfermedad suele ser tanto mayor cuanto más leve la uretritis: un catarro agudo que se sobreponga á uno lento puede, al curar, hacer que desaparezca también este último.

La primera uretritis es la más intensa; las otras son más rebeldes al tratamiento.

Las reglas higiénico-dietéticas constituyen un indispensable auxi-

y también solo. Puede contener nemaspermios, ó faltar estos por completo (espermatorea, azoospermatorrea). De cualquier modo, contiene el producto de elaboración de los testículos, es decir, un líquido viscoso blanco ó sucio, inodoro, con células epiteliales redondeadas, unido á la secreción de las vesículas seminales, que es una materia gelatinosa, hialina.

liar en el tratamiento de la blenorragia uretral; por otra parte se ven—quiera sea en casos excepcionales—uretritis rebeldes mientras se observan aquellas escrupulosamente, y que curan sin ningún tratamiento cuando se modifica la alimentación, el género de vida, etc. La persistencia del dolor en la erección, al orinar, ó en la eyaculación, una vez disipados los demás síntomas, suele ser signo muy probable de mejoría.

Ninguna mujer propagaría la blenorragia si á cada relación sexual precediera una exquisita limpieza, *intus et extra*. Es prudente evitar toda sobreexcitación prolongada, lo mismo que la repetición de excesos alcohólicos y venéreos. Si es verdad que *sine Bacco friget Venus*, unidos estos, será mayor el peligro. El *non moretur in coitu*, de Nicolás Massa, es un sabio consejo, sobre todo cuando cierta cantidad de humores de la vagina (catarro, sangre menstrual, loquios) no han triunfado del ardor del hombre. El condón puede ser muy útil, pero no constituye una garantía completa. El aforismo de la Escuela de Salerno: *post coitum si mingas, apte servabis urethras*, es oportuno. También son convenientes las inmediatas lociones externas. En cambio, las inyecciones, simples ó medicamentosas, en el interior de la uretra todavía hiperemiada, después de consumir el acto, podrían suscitar las consecuencias del enemigo que se teme y que todavía no subsiste.

Una vez desarrollada la enfermedad, cuanto más se abrevie su duración, tanto más fácilmente se previenen mayores alteraciones somáticas. De cualquier manera, en todo individuo, en todo período de la enfermedad, principalmente en el agudo, son utilísimas y aun indispensables ciertas reglas higiénico-dietéticas. Se deben prohibir, ó por lo menos limitar todo lo posible, las excitaciones genésicas, la equitación, el baile, el ir en carruaje, el exagerado movimiento activo, la cerveza, el cigarro, los alcohólicos, el vino, el café, el té, los espárragos, los alimentos y bebidas ácidos, salados, muy condimentados, excitantes... y sobre todo los actos y pensamientos lúbricos. Es oportuno el empleo del suspensorio, el uso de la leche, de los cocimientos emolientes y carnes asadas. La cantidad de alimentos debe ser muy escasa. Las exigencias debidas á algunos hábitos, que llegan á engendrar verdaderas necesidades para el organismo, se pueden satisfacer con un criterio más ó menos amplio, según los casos. En el período agudo, pueden ser útiles las bebidas abundantes, leche, agua, preparaciones medicinales. Cuando se pasa al tratamiento local, convendrá que el individuo orine lo menos posible.

El *tratamiento propio* puede ser *directo* (local) ó *indirecto* (inter-

no). Si la enfermedad se halla en sus comienzos, será posible y aun conveniente agredirla y yugarla (*tratamiento abortivo*).

En los primeros días después del coito, es decir, entre el primero y el quinto, cuando la inflamación apenas se revela por algunas manifestaciones, como cierto ardor al orinar, y hay un escaso catarro séroso ó seromucoso, las inyecciones con nitrato de plata disuelto pueden substituir al proceso morbozo que tiende á declararse, por una flogosis benigna que cederá—según parece—del tercero al cuarto día. Algunos especialistas practican una sola inyección fuerte (1 ó 2 por 30 de agua); otros 3 ó 4 débiles (0.01 á 0.35 por 30 de agua). El líquido, inyectado delicadamente poco después de una micción, debe permanecer algunos minutos en contacto con el conducto enfermo, distribuyéndolo, por decirlo así, con el índice de la mano izquierda, mientras que con el de la derecha, aplicado al orificio, se impide su salida. También se ha dicho que podía llevarse directamente el líquido, con una esponjita, hasta la parte enferma; pero tal maniobra ofrece dificultades é inconvenientes, y más aún para los enfermos poco prácticos. El tratamiento abortivo puede aplicarse pocas veces en los jóvenes *novicios*, inexpertos, que por lo general se presentan al especialista demasiado tarde, y en los que ya han tenido otras blenorragias, sus resultados no son tan satisfactorios. La medicación exige una mano experta y una dosificación diversa en los distintos grupos de casos. Aun cuando una sana práctica permita evitar algunos inconvenientes (dolor, difusión, estranguria, uretrorragia, difusión de la inflamación hacia las partes sanas), circunstancias muy numerosas pueden hacer fracasar este tratamiento, limitando extraordinariamente sus aplicaciones.

Hay muchos que creen puede reprimirse una uretritis que se desarrolla, con la ingestión de altas dosis de balsámicos, copaiba y cubeba. Nosotros debemos recordar que estos medicamentos producen accidentes dignos de ser tenidos en cuenta: inapetencia, pesadez en la cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, urticaria, síntomas de congestión bronquial, renal, palpebral, bucal, faríngea, y hasta trastornos nerviosos graves. Ahora bien: tales riesgos no deben correrse aun cuando haya muchos casos demostrados, evidentes; máxime cuando la enfermedad que se trata es de tanta entidad para autorizarnos á luchar con dichos inconvenientes.

Por lo tanto, conviene consignar que *el método abortivo debe ceder su puesto al tratamiento metódico*.

En el período de desarrollo, y más todavía en el agudo, se tendrán en cuenta las reglas higiénicas que antes hemos enumerado. No se

recurrirá á tentativas precoces, ni se cederá á la impaciencia. Conviene dejar que fluya la materia hasta que hayan cesado por completo ó disminuído mucho los dolores que acompañan á la erección y á la micción. Por lo demás, según se comporten los síntomas, según que haya estreñimiento ó hemorroides, y que el sujeto sea gotoso ó pletórico, se prescribirán los purgantes, los diuréticos, los emolientes, los alcalinos, los sedantes y los antiflogísticos.

Entre los purgantes podemos aconsejar: goma-guta, 0,10 á 0,20; azúcar de caña, 1; calomelanos, 0,30 á 0,80; infusión laxante con sulfato de magnesia. Los purgantes se emplean generalmente al principio del tratamiento, y á veces se repiten varias veces en el curso de éste. A la vez, cabe usar alguno de los remedios que siguen.

Entre los diuréticos: el clorato, ó el acetato, ó el nitrato de potasa, 4 á 8 gramos, en una infusión de semillas de lino ó de cáñamo.

Entre los emolientes: infusión de lino ó de cáñamo, 10 por 700 ú 800 de líquido; infusión de lino y regaliz, 10 á 15 por 700 de líquido; regaliz en polvo, goma arábica, almidón (ó bicarbonato sódico), de cada cosa 4, agua 8 á 9.000.

De los alcalinos: bicarbonato de sosa, 4 á 8 gramos; azúcar de caña, 20; esencia de cedro, 2 gotas; agua 4 ó 500 gramos; ó bien algunas aguas alcalinas naturales.

Como sedantes: hojas de beleño, en infusión, 1 por 100; bromuro de sodio ó de alcanfor, 1 á 5 por 100 de agua; jarabe de codeína, 20 por 60; extracto de cáñamo indiano, 0,15 á 0,30; hojas de digital en infusión, 1 por 100. Este último medicamento da buenos resultados contra las erecciones dolorosas, si bien son utilizables asimismo, con mayor ó menor éxito, las demás prescripciones del grupo.

Los repercusivos son medios antiflogísticos que deben preferirse á todos los demás. Dada una inflamación intensa, pero reciente, puede convenir la aplicación de 8 á 10 sanguijuelas al perineo.

Contra las erecciones dolorosas y las poluciones que con frecuencia las siguen, y que agravan el estado del paciente, es útil: tener libre el intestino, beber poco por las noches, dormir sobre una cama dura, obligándose á evitar la posición supina; orinar amenudo durante la noche. Puede convenir tomar, antes de acostarse, y en una ~~sola vez una de las siguientes prescripciones:~~ arcanfor, 0,20 á 0,40; extracto tebáico, 0,02 á 0,04; extracto de *atrop. bellad.*, 0,005 á 0,15; extracto de beleño, 0,10 á 0,20; lupulina, 0,50... separadamente ó combinadas de diversos modos, y si es preciso repetidas con precaución durante la noche. Se puede usar asimismo un clíster que contenga 2 gramos de alcanfor, ó 5 á 10 gotas de láudano; ó bien un

supositorio en cuya composición entre: extracto de belladona, 0,10 á 0,20; clorhidrato de morfina, 0,01 á 0,02; ó bien una inyección hipodérmica de estos sedantes, en un punto que guarde relación con las primeras vértebras lumbares.

El mantener ligado el pene al escroto, con una tira de diaquilón constituye, con todos los medios indicados, un plan que, bien seguido, satisface plenamente las indicaciones. El *romper la cuerda* pone fin instantáneamente á los dolores que le acompañan, pero da lugar á una uretrorragia y á la especie más dañosa de las estrecheces uretrales.

Contra la estranguria y la retención, además de los semicupios calientes, pueden ser útiles el hielo introducido en el recto (1) y la belladona: el vaciar la vejiga con una jeringa Lamotte, muy delgada, caliente, desinfectada, bien untada con aceite fenicado y que se introduzca con delicadeza, no produce grandes daños, salvo una ligera hemorragia.

La uretrorragia suele detenerse con el reposo, con los derivativos, con la compresión, pero á menudo es tan leve y dura tan poco, que no reclama ninguna medida extraordinaria.

Nunca se olvidará la influencia que ciertas condiciones extrauretrales ejercen sobre la uretra: el tratamiento de aquellas ofrece ventajas considerables.

Ocupémonos ahora de los instrumentos y líquidos que se usan para las inyecciones.

Los aparatos de Sigmund, de Squire, de Gallois, y mejor uno piriforme, de gutta-percha, cuya capacidad sea de 14 á 16 centímetros cúbicos, con pico corto y grueso, ligeramente cónico, sirven en la gran mayoría de los casos. La jeringa de chorro retrógrado de Langlebert puede ser muy útil en los casos de localización del mal en la parte anterior de la uretra externa, como ocurre cuando se cree útil plantear el tratamiento abortivo. Los aparatos de Dick, de Guyón, de Bumstead, ó bien una jeringa ordinaria cilíndrica, unida á la de Pravaz, convienen perfectamente para llevar líquidos á la uretra profunda.

Haciendo orinar al enfermo unos diez minutos antes, se llena la jeringa, de modo que no contenga aire: el pene estará recto, pero no

(1) Se tendrá el hielo, durante un momento, en la boca ó en las manos, hasta que haya perdido sus asperezas. También se puede introducir en un tejido de goma ó en un *cordón*... Se unta la cubierta con aceite y se introduce todo en el intestino.

tioso. El pico debe ocluir por completo el orificio de la uretra, cuyo eje estará en línea recta con el del instrumento. Una presión suave hará avanzar gradualmente el líquido por la uretra. Cuando ya ha entrado, se procurará que permanezca allí durante 3 ó 5 minutos, ora con el mismo instrumento, ora con un dedo aplicado al orificio uretral. La micción siguiente se diferirá todo lo posible. Las inyecciones serán en número de una el primer día, y de dos hasta diez en lo sucesivo. Cuando cesa el flujo, se disminuirá de nuevo este número, á no ser que se las sustituya poco á poco con los balsámicos.

El método de las inyecciones es el más eficaz, pues produce la curación más pronto y de un modo más eficaz que los otros; representa también la mayor garantía contra el desarrollo de las estrecheces, y constituye su mejor profilaxis. Más que la calidad del remedio, hay que tener en cuenta la oportunidad y la destreza con que ha sido introducido. La inyección debe provocar cuando más, en el momento en que se practica, un ligero ardor.

La dosis del medicamento variará en cada caso, según la índole y grado de las lesiones; y como éstas varían mucho en el curso de la enfermedad, es difícil que una sola fórmula sirva para todas las uretritis y para sus diversos estadios. La inflamación de los anejos de la uretra contraindica de tal modo ciertos tratamientos, que deben suspenderse tan pronto como haya la menor amenaza de aquélla.

Conviene comenzar por las inyecciones *antiséptico-astringentes*, que tienen por objetivo combatir el *gonococo* y la afección de la mucosa; después se pasa á los *astringentes*, más ó menos enérgicos; por último, á veces prestan buenos servicios los *agentes inertes ó aislantes*.

Como antisépticos figuran y son muy recomendables: 1.º iodoformo porfirizado, 10; ácido fénico, 0,10; glicerina neutra, 20; agua destilada, 80.—2.º Salicilato sódico, 2 á 5 gramos; nitrato de plata, 0,03 á 0,05.—3.º Bicloruro de mercurio, 0,01; cada uno en 100 gramos de agua. Los ácidos bórico, fénico, salicílico, tímico... no corresponden á nuestras esperanzas y hasta irritan más ó menos. Sólo un examen microscópico minucioso del producto, repetido varias veces, podrá realmente indicarnos cuándo debe abandonarse el plan antiparasítico también una acción parasiticida.

Como astringentes, pueden añadirse á 100 gramos de agua lo cuerpos siguientes: 1.º sulfato de zinc, 0,20 á 0,50; 2.º acetato de zinc, 0,50 á 1 gramo; 3.º cloral hidratado, 0,15 á 0,30; 4.º Sulfato de

zinc y acetato básico de plomo, ana, 1 á 2; 5.º tanino, 1 á 2; 6.º permanganato de potasa, 0,20 á 0,50; 7.º sulfato de alúmina y potasa, 0,20 á 0,50, etc.

Como astringente y aislante á la vez, nos parece muy recomendable la fórmula de Ricord: sulfato de zinc, acetato básico de plomo, ana, 1 á 2 gramos; agua destilada de rosas, 200; tintura de opio y de catecú, ana, 3.

Entre otras inyecciones aislantes, muchas veces útiles en los últimos días de tratamiento, figuran las siguientes: 1.º sulfato de zinc, 0,50 y óxido de zinc, 2 á 4 gramos; 2.º subnitrito de bismuto, 2 á 5... uno y otro cuerpo en 100 gramos de agua. Los balsámicos pueden usarse solos, ó bien cuando, cesado el flujo, va disminuyendo gradualmente el número de las inyecciones: se continuará el empleo de aquéllos algún tiempo después de suspender éstas. Por lo general, el balsamo de copaiba es muy eficaz, y en cambio suele serlo poco la pimienta cubeba, que el estómago tolera más fácilmente y que rara vez provoca erupciones cutáneas. El aceite de sándalo amarillo presta asimismo grandes servicios, pero tiene el inconveniente de ser muy costoso.

La trementina, el bálsamo de *Gurjum*, el *Gelsemium semper-virens* no han llegado á generalizarse. Los bálsamos del Perú, de Tolú, del Canadá, etc., no pasan de figurar en segunda línea. Por lo general, todos los balsámicos exigen cierto grado de tolerancia por parte de las vías digestivas, y así sólo deben darse cuando su acción pueda ser decisiva. A las veces sus efectos son más evidentes cuando se interrumpe su uso durante algunos días, ó bien cuando se sustituye ó alterna uno por otro, ó se toman unidos á la vez. La dosis de los tres primeros es de 3 á 10 gramos al día cada uno, si se toman aisladamente, y la proporcional si se asocian entre sí.

Los balsámicos pueden administrarse con arreglo á las siguientes fórmulas:

1. Bálsamo de copaiba, 15 gramos; magnesia, 9. Mézc. y h. s. a. b. los 50.
2. Bálsamo de copaiba, alcohol rectificado, jarabe de bálsamo de Tolú, agua de menta, agua de azahar, alcohol nítrico, ana, 30: de 3 á 6 cucharadas al día (Chopart).
3. Cápsulas de bálsamo de copaiba, de 2 á 10 al día.
4. Pimienta cubeba, rect. y pulv., 2 á 6 gramos al día.
5. Los balsámicos pueden asociarse, en caso necesario, al bicarbonato de sosa, al bismuto ó á las limaduras de hierro, al ácido agálico, al opio, al alcanfor, al extracto de belladona.

6. Bálsamo de copaiba, 10; pimienta cubeba, 20; magnesia calcinada, c. s. para hacer s. a. 30 bolos. 4 á 6 al día.

7. Bálsamo de copaiba, pimienta cubeba, ana, 10 gramos; extracto de ratania, alumbre quemado, ana, 3; magnesia, c. s. para hacer s. a. 40 bolos. 4 á 10 al día.

8. Bálsamo de copaiba, 15; pimienta cubeba, 50; tartrato férrico-potásico, 5; jarabe de membrillo, c. s. para hacer un electuario, del que se tomará 1 á 4 cucharaditas al día (Trousseau).

9. Bálsamo de copaiba, pimienta cubeba, ana, 20 gramos; magisterio de bismuto, 8; tanino, 6; carbonato de hierro, 1; esencia de menta, 4 gotas; para tomar lo mismo que la preparación anterior.

10. Bálsamo de copaiba, 12 gramos; pimienta cubeba, 18; polvos de jalapa, 5; goma guta, 0,30; jarabe de rosas pálidas, c. s. para hacer un electuario.

11. Bálsamo de copaiba, aceite de sándalo amarillo, ana, 5 gramos; pimienta cubeba, 16; magnesia calcinada, c. s. para hacer 40 bolos. Se tomará de 1 á 10.

12. Cápsulas de extracto hidro-alcohólico de pimienta cubeba (cada una debe contener 70 centigramos). De 1 á 8.

13. Cápsulas de aceite esencial de sándalo amarillo (0,25 por cápsula). De 4 á 25.

El uso de los balsámicos requiere una esmerada vigilancia. La estacionalidad del proceso indica la conveniencia de cambiar el medicamento, de suspender su uso ó de modificar la dosis. El tratamiento con los emolientes ó con los balsámicos, demasiado prolongado, puede hacer que adquiera cronicidad un catarro uretral y alterar el tubo gastro-intestinal. En el examen de las orinas de los que toman balsámicos, conviene no estar muy predispuestos á ver albúmina, pues podrían engañarnos las resinas que en tales casos existen en dicho líquido (1).

Los balsámicos por inhalaciones, supositorios, clísteres, no merecen ser recomendados.

A medida que se hace inveterado el proceso y que se afirman las lesiones anatómicas, pierden su eficacia los tratamientos indirectos y son más recomendables los locales.

En los casos de catarro crónico, como en los gota militar y de

(1) « Los ácidos minerales pueden enturbiar la orina, precipitando las resinas (de la copaiba, cubeba, trementina, etc.) contenida en dicho líquido. Ahora bien, tal precipitado se redissuelve por la ebullición, con la potasa, con el alcohol y el amoniaco, mientras que el sedimento albuminoso permanece inmutable cuando se usan estos reactivos.

humedad uretral, el tratamiento debe inspirarse en el género de la lesión y en su asiento.

Si se halla comprometida la uretra externa, pueden ser útiles: la repetida introducción de catéteres, que vencen las estrecheces iniciales, etc.; las inyecciones de percloruro de hierro, 0,20 á 1 gramo por 100 de agua; de alumbre, 1 á 2 por 100; la introducción, hasta las partes enfermas, de pastas astringentes (tanino y glicerina, ó bien tanino, sulfato de zinc y glicerina) reducidas á la consistencia de masa pilular y distendidas al rededor de una candelilla olivar. Pueden ser también convenientes: las insuflaciones de polvos astringentes (nitrato ó tanato de bismuto, óxido de zinc); la irrigación de líquidos medicinales, con la jeringa de doble corriente; la medicación por medio del uretroscopio.

La uretritis profunda exige mayores y más frecuentes precauciones higiénicas que la uretritis externa. Si es aguda, la libertad del vientre, bien mantenida, las repercusiones, la aplicación de un corto número de sanguijuelas al rededor del ano, son medios excelentes. También lo son: las infusiones de *uva ursi*, 20 á 45 por 200 de agua, con ó sin flores y bracteas de lúpulo, 15; los polvos de ácido gálico, con los de Dower y con ácido benzoico, ana, 0,15, así mezclados, en número de 4 á 6 por día. No debe descuidarse nunca el combatir, tanto en la forma aguda como en la crónica, cualquier causa ó concausa externa ó interna, local ó general, que complique el proceso patológico. Contra las uretritis crónicas profundas, además de la acción modificadora de las candelillas, pueden llevarse *in loco* pastas ó introducir los bastoncillos siguientes: sulfato de zinc, 0,02, aceite de cacao, c. s. para hacer bastoncitos de tres centímetros de largo; pueden prepararse asimismo con extracto de ratania, tanino, ó nitrato de plata. Son también recomendables en la práctica las instilaciones de 10 á 20 gotas de solución acuosa de nitrato argéntico 1 gramo por 50 ó por 25 de agua, una cada dos días, de una á quince veces. La medicación por medio del endoscopio, con el nitrato de plata ó el sulfato de cobre, en substancia ó disueltos, con la tintura de iodo, con la de percloruro de hierro, con el bismuto; la cura cruenta, en las formas crónicas externas y más aún en las internas... pueden tener sus indicaciones: lo mismo decimos de los baños generales simples y sulfurosos, de la ducha perineal. El tratamiento tópico de la uretritis interna puede ser causa de reacción local más ó menos considerable (disuria, tenesmo vesical y rectal, hematuria, expulsión violenta, irresistible, de las orinas y de las heces) y de reacción general (fiebre).

Las medicaciones menos enérgicas al parecer, si el médico y el enfermo tienen una gran paciencia, pueden, aun en casos rebeldes, proporcionarle triunfos inmensos; en cambio, hay afecciones uretrales lentas en las cuales el trabajo más asiduo y acaso el mejor dirigido, no vence por completo el mal.

COMPLICACIONES

Y SUCESIONES MORBOSAS DE LA BLENORRAGIA URETRAL.

En el hombre son posibles, como tales: la inflamación del prepucio y del glande, la de los folículos y tejidos que rodean la mucosa de la uretra, de la próstata, de la vejiga, de los uréteres, de los riñones, de los conductos eyaculadores y deferentes. Pueden inflamarse también el tejido conectivo que une entre sí los elementos del testículo, este mismo, y la túnica vaginal que le envuelve. El epidídimo, el dídimo, la túnica vaginal propia, el perineo y el escroto, se inflaman en ocasiones, lo mismo que las vías linfáticas.

En el hombre, como en la mujer, se hallan expuestos á sufrir la influencia de la enfermedad que nos ocupa, la conjuntiva ocular y algunas membranas serosas (sinoviales).

BALANO-POSTITIS.

Significa la inflamación del glande y del prepucio. Predisponen á ella el fimosis, la hipersecreción de las glándulas de Tyson, la poca limpieza, las dermatosis locales, etc. Las irritaciones traumáticas (onanismo, excesos en el coito), las orinas diabéticas, la sangre menstrual, los loquios, los productos leucorréicos, las úlceras venéreas, los papilomas, el contagio, pueden también determinarla. Cosa extraña: entre cien uretritis blenorragicas, apenas existen dos ó tres balano-postitis concomitantes.

Es raro que enferme una sola de las superficies mucosas. La enfermedad comienza comunmente por el surco del glande, y á el suele volver en último término. El glande aparece engrosado, más ó menos enrojecido, doloroso, el epitelio se macera, pónese tumefacto el orificio uretral, etc. También se modifica, de un modo más ó menos análogo, la lámina mucosa del prepucio. Este puede padecer, entre sus dos láminas, edema blando, edema compacto y pus; no siendo raras la ulceración y la gangrena. Las maceraciones del epi-

telio se desarrollan al principio en el glande; en cambio, algunos de estos procesos se declaran en la lámina interna del prepucio, que, dada su escasa distensibilidad, se halla siempre más comprometida que la externa. Las concreciones y adherencias (sinequias balano-prepuciales), las escoriaciones en el orificio del prepucio, el fimosis (inflamatorio), el parafimosis, la esclerosis del prepucio, la linfítis dorsal, la adenítis inguinal, pueden complicar la enfermedad.

Una sensación de malestar, más ó menos considerable, prurito, escozor, dolor—sobre todo durante la erección—acompañan á estas lesiones. Sin embargo, la fiebre supurativa, la fiebre séptica, agravan en muchos casos—por lo general sólo cuando existen papilomas—la posición del sujeto. Las sinequias y la esclerosis prepucial pueden ser obstáculos á la erección y al coito.

Es relativamente fácil, en la gran mayoría de las veces, reconocer la enfermedad. En los casos de prepucio largo y orificio estrechado, hay que decidirse entre la balano-postitis y la uretritis. La balano-postitis es más frecuente en los fimóticos, en los onanistas, y rara vez aparece por contagio: se desarrolla de un modo más lento que la uretritis y con menores molestias. Estas se hacen siempre evidentes alrededor del surco; durante la micción residen, no en la uretra ni en la fosa navicular, sino en el orificio del prepucio; durante la erección faltan ó sólo existen en el glande ó en la línea dorsal (linfítis).

Un estilete, introducido entre el glande y el prepucio, permite apreciar el mayor ó menor dolor y las alteraciones de ambas hojas, en sus diversos puntos. El producto morbosos es más abundante, menos uniforme que el de la uretra, contiene sangre con mayor frecuencia. Lavada cuidadosamente la cámara prepucial, la superposición del orificio del prepucio sobre el de la uretra puede permitir examinar si sale más ó menos líquido, ora por la presión, ora acompañando á las últimas gotas de orina.

La balano-postitis descuidada puede determinar alteraciones locales bastante graves; las formas supurativas y más aún las necróticas, si no se las ataca con energía, pueden llegar á ser á ser verdadera causa de muerte.

En los casos agudísimos, son muy convenientes las inyecciones de nitrato argéntico (0.20 á 0.40 por 100 de agua) después de haber lavado bien la superficie con agua simple. Si se presentara edema agudo del prepucio, la cauterización transcurrente con un cilindro de nitrato de plata, aunque sea muy dolorosa, puede ser bastante eficaz. Las inyecciones y baños de las hojas mucosas, con resorcina,

2 á 5 gramos por 100 de agua, no causan dolores y suelen ser utilísimas. Asimismo podemos prescribir, con la esperanza de obtener buenos resultados: las inyecciones de tanino, 5 á 10 por 100; de ácido fénico, 1 á 2 por 100; de ácido bórico, 2 á 4 por 100 de agua, disueltos en caliente; de agua saturnina, buena también para fomentos locales; las pulverizaciones de óxido de zinc con almidón, 2 ó 4 por 8; ó de alumbre calcinado y almidón, 1 á 2 gramos del primero por 100 del segundo.

[El ácido tánico disuelto en alcohol á 36°, partes iguales de ambas cosas, para embadurnar el prepucio y glande, es un tratamiento excelente recomendado mucho por el Dr. Rodríguez Viforcós, el cual ha obtenido notables resultados con él, y en un trabajo publicado por dicho señor, da los siguientes consejos. Para hacer uso de esta solución conviene mucho lavar la parte lesionada con una disolución de cloruro de sodio, después de embadurnar la mucosa balano-prepucial con la solución citada, es necesario separar el prepucio del glande por una planchuela de hilas secas, (creemos todavía mejor el algodón higroscópico aséptico). Las infiltraciones serosas del prepucio no contraindican el empleo de este medicamento: en el caso de que haya linfítis, se aconseja el uso de fomentos de agua clara.

Nosotros lo hemos usado varias veces y en las formas más ligeras de balano-postitis la cantidad de ácido tánico la reducimos; una tercera parte de dicho ácido y dos de alcohol, usándolo en la misma forma, el resultado es en extremo satisfactorio.—H. B.]

Si amenaza un estado flemonooso, merecen poco crédito las sanguijuelas aplicadas al perineo, ni los fomentos de extracto tebaico. La hoja interna puede reclamar un desbridamiento pronto. La incisión y excisión asociadas (operación del fimosis), los lavatorios y fomentos antisépticos, merecen figurar en primer término. La abertura de los abscesos, la medicación antiséptica de la cavidad y de las lesiones en el glande, debe ser practicada muy pronto.

La balano-postitis termina muchas veces por el *fimosis* y el *para-fimosis*.

El prepucio se torna fimótico cuando presenta un orificio demasiado estrecho para dar conveniente paso al glande. Puede el *fimosis* ser *congénito* ó *adquirido*, ó accidental, capilar ó muy leve, según la mayor ó menor tumefacción del glande. La abertura del prepucio puede corresponder á la de la uretra (*fimosis atrófico*), el limbo prepucial puede revasar el glande en estado flácido (*fimosis hipertrófico*). En el fimosis accidental, ora aparece estrecho ó rígido el orificio del

prepucio (edemas, absceso, erisipela, linfítis, induración por sífilis primaria, cicatriz, eccema); ora aumenta el volumen del glande (balanitis, úlceras, pápulas sifilíticas, papilomas, epitelioma).

El fimosis congénito puede dar lugar á modificaciones de volumen y sensibilidad del glande; ocasionar una dilatación de la uretra, poluciones nocturnas, anafrodisia, trastornos nerviosos, hipocondría, infecciones, esterilidad. El fimosis adquirido concurre á agravar las alteraciones que lo han causado, determinando á veces consecuencias de no escasa importancia.

Cuando el fimosis depende de balano-postitis, eccema, etc., conviene la limpieza y los astringentes: si es congénito ó sostenido por hiperplasias, neoplasias, cicatrices, no conviene pensar en la dilatación gradual del prepucio, sino en la sección. Con ésto, se consigue separar el tejido morbozo, que modifica las relaciones normales: puede hacerse la incisión del prepucio (fimosis atrófico) ó bien la incisión y excisión ó la circuncisión (fimosis hipertrófico). Por la excisión, se evita la incisión en la línea media dorsal, pues se hacen directamente dos cortes laterales, que permiten separar el triángulo cutáneo-mucoso.

Se llama *parafimosis* un estado en el cual el prepucio, dirigido hacia atrás del glande, no puede ser llevado hacia adelante de manera que cubra á este último. Sus causas más comunes son la masturbación, el coito excesivo, la poca limpieza, etc.

El anillo prepucial comprime los vasos venosos, por lo tanto el glande se torna tumefacto, y edematosa la lámina interna del prepucio, que forma una ó más eminencias, en la inserción del frenillo y detrás de éste. Dichas eminencias, detrás del glande, son cada vez más gruesas y más anchas. Por debajo de la compresión, la mucosa se macera, se ulcera, se escoria. El edema es cada vez más duro en el glande, y las lesiones más pronunciadas. La linfítis— ó, mejor dicho, la perilinfítis dorsal—puede fijar la hoja interna del prepucio á la cara superior de los cuerpos cavernosos. La flebitis, la erisipela y sobre todo la gangrena, agravan considerablemente tal estado.

Por regla general, para reducir con una presión lenta, ejercida poco á poco á través de una compresa empapada en agua fenicada, es preciso disminuir la tumefacción edematosa del prepucio y desinfectar el glande. Hecho ésto, antes de que se repita el infarto, se separa con el segundo y tercer dedos de ambas manos el cordón que comprime. A través de éste, primero en un lado y después en el otro, por medio de los dedos pulgares, se empuja sucesivamente el cuerpo del glande, que por último debe quedar completamente libre

dentro del saco prepucial. Este método, bien empleado, suele darnos el resultado apetecido. La posición supina del enfermo; una ligadura estrecha y á veces bañada con agua fría, que comprime hacia la raíz del miembro; el mantener éste en posición vertical, las sanguijuelas al perineo; las fricciones con belladona; las espátulas y estiletes para ensanchar el prepucio, hasta que se haga pasar el glande; la incisión del anillo constrictor cuando estrangule las partes... son medios de diversa eficacia que conviene siempre tener presentes.

FOLICULITIS.

PERIFOLICULITIS, PERIURETRITIS.

Las glándulas del surco del glande, las situadas cerca del orificio uretral y en la uretra navicular se inflaman muchas veces.

Las primeras, rodeadas como sabemos por una densa trama de tejido conjuntivo, pueden tomar el aspecto de pequeños forúnculos supurativos y aun necróticos, muy dolorosos, capaces de provocar fiebre, disuria y excavaciones, cuya cicatrización es muy lenta.

Los folículos situados en torno del orificio uretral pueden padecer hipersecreciones de materia purulenta, elevaciones papulosas, pustulosas: el pus de estas últimas puede contener abundantes *gonococos* (Campana).

Los folículos de la fosa navicular, infartados en relación con su fondo de saco, pueden percibirse al tacto, á través de la uretra, bajo la forma de nódulos, cuyo grosor varía entre el de una cabeza de alfiler y el de un guisante. En ocasiones llegan á supurar estos folículos que la inflamación ha ocluido (enquistados).

Por *periuretritis* se entiende la inflamación del tejido conectivo al rededor de los folículos, ó bien la del tejido cavernoso. Puede ser circunscrita ó difusa, y ataca principalmente los puntos en que más numerosos son los folículos: la fosa navicular, el bulbo. Puede ser producida por cateterismo intempestivos, violencias, golpes, uretritis. La forma aguda consiste en una flebitis ó flebotrombosis, que á menudo termina por supuración. El pus puede abrirse paso á través de la uretra, ó atravesar la fibrosa del cuerpo esponjoso, ó ambas partes: de aquí la posibilidad de senos, fistulas, infiltraciones urinarias, etc.

La *periuretritis* lenta se circunscribe casi exclusivamente al cuerpo cavernoso. Esta *cavernositis* lenta tiene tendencia productiva. De

aquí resulta la organización lenta de induraciones muy compactas, difusas, nudosas, á veces en continuación con los engrosamientos que constituyen las estrecheces orgánicas. Estas induraciones aparecen más á menudo de lo que pudiera creerse, hasta en el bulbo, donde pueden percibirse por la exploración rectal.

Desde el cuerpo cavernoso de la uretra, la inflamación se extiende á veces hasta los cuerpos cavernosos. Las alteraciones que siguen á la ocupación de los espacios venosos dificultan la erección; la cavernositis retarda, pues, la curación de los procesos uretrales.

Son convenientes en la foliculitis: el nitrato de plata, el percloruro de hierro, la resorcina, etc., disueltos (1 por 25), las cauterizaciones repetidas con una candelilla fría ó algo caliente, ó bien provista de un trozo de nitrato de plata, que se fija por medio de la fusión. Cuando amenazan las formas purulento-necróticas, se usarán los fomentos fenicados, los desbridamientos; se vaciará los focos, aplicando una medicación fenicada y en la cavidad el yodoformo simple, desodorado con la esencia de *Eucalyptus globulus*, ó bien disuelto en el éter (4 por 16).

En la periuretritis, convienen las sanguijuelas al perineo, las aplicaciones repetidas de unguento mercurial ó de yodoformo: (2 por 10 de vaselina.) Apenas se sospeche que comienza á formarse un absceso, se incindirá, se desbridará, se desinfectará la parte, y si aquél se ha abierto ya en el interior, no estará demás practicar la contraabertura.

En la cavernositis crónica son bastante activos los fomentos calientes, el amasamiento y los resolutivos.

COWPERITIS

Las glándulas de Cowper, acinosas—cada una de las cuales tiene el grosor de un hueso de cereza, cuando más—se hallan situadas al rededor del bulbo, en cuya depresión aboca sus productos el conducto excretor de las mismas, cuya longitud varía de 5 á 7 centímetros. Es raro que provoquen accidentes dignos de atención.

En pos de una uretritis, de contusiones en la región bulbo-perineal, en uno ó ambos lados próximos al rafe, se desarrolla una tumefacción. La piel situada por encima se torna roja y adherente. Madurándose un absceso adeno-periglandular, puede abrirse en la uretra, ó bien á través del perineo. Así se declara la cowperitis aguda, en cuyo curso sobreviene á veces disuria y gran dolor hacia el bulbo: en este punto un catéter puede encontrar ligero obstáculo.

En la forma crónica salen por la uretra gotas de materia opalina, filamentosas, que contiene grumos blanquecinos. Otras veces, por la mañana, con las primeras gotas de orina, aparecen unos filamentos de 2 á 5 centímetros de largo y un milímetro de ancho, tortuosos, desiguales por uno desus extremos, formados de epitelio pavimentoso, y que derivan de los conductos excretores.

El número y carácter de los filamentos sirven para distinguirlos de los que, siendo más ó menos parecidos, tienen otras diversas procedencias.

La anamnesis, el sitio de las lesiones—apreciable por la inspección, la palpación, la exploración uretral y más todavía por la rectal—permiten reconocer y apreciar debidamente la cowperitis aguda.

Esta, que puede llegar á ser grave, en virtud de las complicaciones que á veces la acompañan (infiltración urinosa, senos fistulosos, fístulas, absorciones urinarias), exige del médico mayor prudencia que la cowperitis crónica, que requiere no menor habilidad y una paciencia no escasa.

En la forma aguda son oportunas, según la fase que se presente, las sanguijuelas, las cataplasmas emolientes, las fricciones mercuriales. A la primer sospecha de fusión purulenta, siempre que esté amenazada la uretra, se debe incidir ampliamente á través del perineo.

En la forma crónica, si son insuficientes las medidas higiénicas, lo mismo que las aplicaciones modificadoras á la uretra bulbosa y los resolutivos locales, no se si sirve realmente cortar los conductos (con objeto de que al cicatrizarse queden obstruídos), según ha enseñado Ricordi, de Milán.

PROSTATITIS BLENORRÁGICA.

PROSTATITIS AGUDA.—Pueden causarla la inflamación de la uretra prostática y las violencias ejercidas sobre esta porción del conducto urinario con sondas, catéteres, litotritores, cálculos, inyecciones demasiado enérgicas, y estrecheces uretrales.

El infarto del órgano, su hipersecreción, terminan á veces muy pronto por supuración. Iníciase ésta con varios focos en el fondo de saco de los tubillos, del tamaño de granos de mijo, y después de las dimensiones de un guisante. Pueden desarrollarse en la pared del tubillo y en el tejido interno, hasta adquirir el volumen de una avellana. Parte ó toda la próstata puede convertirse en un absceso, franqueado ó atravesado por la uretra (que también se halla más ó menos compro-

metida), y custodiado por la cápsula fibrosa del órgano. Tal absceso llega muchas veces á vencer las resistencias que le rodean y á vaciarse en la uretra, en el recto, en ambos conductos, ó bien á abrirse un camino hasta la fosa isquiorectal, ó bien va á buscar la superficie en puntos bastante lejanos de su origen (perineo, escroto, piel del pene, ingle, etc.), originando escavaciones, trayectos fistulosos, supuraciones rebeldes, peritonitis, puohemia, infección purulenta y hasta la gangrena.

Como síntomas, mencionaremos la sensación de peso, el dolor en el perineo, en el glande, en los lomos y en los muslos; la frecuente necesidad de orinar, muchas veces imperiosa, urgente; poluciones dolorosas, sanguinolentas; dolor cuando el enfermo está sentado, cuando anda y también al orinar. La disuria puede convertirse en estranguria y en retención completa.

Pueden añadirse, á los síntomas expuestos, flujo hemorroidal, estreñimiento, tenesmo rectal, defecación muy dolorosa. La introducción de un catéter en la uretra prostática suele dar signos de resistencia y de desviación del conducto. Un dedo introducido por el recto, hasta la próstata, provoca grandes sufrimientos, pero permite apreciar alteraciones totales ó parciales, uniformes ó de grado diferente, en la sensibilidad al dolor, en el volumen y en la consistencia del órgano. A los ocho días la aparición de fiebre, precedida de un escalofrío más ó menos violento, la disminución del dolor y de la consistencia del órgano, que poco á poco se torna blando y elástico, indican la supuración. Con todo, es posible que ésta se inicie y se complete, sin que ningún síntoma la haga sospechar.

El diagnóstico, por lo demás, se funda casi por completo, en la exploración rectal y en la uretral.

La prostatitis aguda es quizá la complicación más grave de la uretritis. Por lo general, tiende á la supuración. El vaciarse el absceso en la uretra, estando íntacta la cápsula, no agrava el pronóstico *quo ad vitam*: con todo, es muy difícil que la caverna resultante llegue á obliterarse. La prostatitis aguda, en los jóvenes, suele conducir el órgano á la tuberculosis; en los viejos, determina con gran frecuencia la hipertrofia.

En el estadio de la hiperemia, sobre todo si se desarrolla con gran agudeza, nada supera al beneficio que produce la aplicación de 6 á 12 sanguijuelas en la parte anterior del contorno del ano, precedida de un purgante, y seguida de un semicupio caliente ó de la aplicación de una gran cataplasma, también caliente, durante algunas horas, en la misma región.

Contra el dolor, tan molesto en estos casos, son útiles los supositorios narcóticos: extracto de *Atropa belladonna*, 0,01 á 0,02, ó bien extracto de beleño, 0,10, ó clorhidrato de morfina, 0,001 á 0,002, con 2 gramos de aceite de cacao. También son recomendables los clísteres de infusión de manzanilla, 100 gramos, con ó sin láudano, 4 á 8 gotas, ó el cocimiento de adormideras. Se han aconsejado asimismo las unturas sobre el perineo con extracto de belladonna 4; ó extracto de opio, 3; ó cloruro mórfico, 0,10; una ú otra cosa en 20 gramos de vaselina.

A esto se unirá el uso de bebidas emolientes y sedantes.

Detenida en su camino la inflamación, pueden convenir las unturas resolutivas en el perineo: iodoformo porfirizado, 4; vaselina, 30; ioduro de potasio, 6; tintura de iodo, 1; vaselina, 30; ó el unguento mercurial en abundancia, ó los supositorios resolutivos: iodoformo porfirizado, 0,20 á 0,40, por 2 de manteca de cacao. Una vez madurado el absceso, debe abrirse lo más pronto posible, utilizando para ello un bisturí corto, ó bien un instrumento cuyo filo esté protegido hasta el punto que debe introducirse en el absceso. La incisión ha de practicarse, siempre que sea posible, á través de la pared anterior del intestino. Este debe lavarse previamente con una disolución de ácido bórico, al 4 por 100, ó de ácido fénico, al 0,50 ó 1 por 100. El dedo índice llevará siempre hácia el punto más prominente, que es el que cede con más facilidad, la punta de la hoja que debe incidir la cápsula y el tejido en que está acumulado el pus, de arriba abajo, en un centímetro ó más de extensión. Si existe una estranguria persistente, ó bien retención, debe vaciarse la vejiga, merced á una jeringa flexible *acodada* ó *bicodada*, ó con una de plata, guiada con el dedo por el recto, ó con una flexible olivar que sea rígida, hasta 4 ó 5 centímetros de su extremidad vesical, por medio del estilete.

En el caso de que estas tentativas resulten inútiles y hasta peligrosas, puede vaciarse la vejiga por medio de la cistocentesis suprapubiana, que se hará con trócares capilares, con ó sin aspirador (Dieulafoy ó Potain). Esta operación es facilísima, y se halla exenta de peligros cuando se practica con prudencia.

PROSTATITIS CRÓNICA.—Puede sobrevenir como tal, en pos de inflamaciones é irritaciones de la uretra prostática, por el abuso de los placeres venéreos; con frecuencia, sin embargo, es consecutiva á la forma aguda.

Puede producir sólo el aumento de secreción ó de la esfoliación

epitelial. Bajo la mucosa uretral, túrgida, transparente, se dilatan pasivamente los tubillos prostáticos. Algunas veces se desarrollan pequeños abscesos en ellos, en el *sinus pocularis* y en el tejido conjuntivo situado alrededor de la próstata (*periprostatitis*). Todo el órgano, ó alguna de sus partes, se torna en ocasiones atrófico y otras veces hipertrófico. La hipotrofia y la hipertrofia, total ó parcial, igual en varios puntos ó de diverso grado, puede desarrollarse en la mayor parte de los tubillos ó en el estroma; puede también interesar ambos elementos, casi en igual proporción. La longitud, dirección y forma, el calibre de la uretra contenida en la próstata, pueden sufrir diversas modificaciones.

En la *hipertrofia fibro-miomatosa* del órgano, la disminución y aun la desaparición de los tubillos, forman un extraño contraste con la amplitud que llegan á alcanzar en la *hipertrofia adenomatosa*, del mismo modo que la consistencia escirrosa del primer caso contrasta con la blandura y abundancia en jugos del segundo. Una hipertrofia de un lóbulo lateral, influye sobre la permeabilidad del conducto mucho menos que la de la porción media posterior (*lóbulo patológico ó tercer lóbulo*); aunque siendo poco intensa, sostiene á veces una incontinencia debida á la imperfecta funcionalidad del esfínter. Una hipertrofia de mayor grado, que no se estienda á los tres lóbulos ó que los invada en proporciones diferentes, puede producir una incontinencia, siempre que el esfínter, imposibilitado para contraerse por completo, se vea obligado á ello por el exceso de orina contenida en la vejiga. También puede variar el aspecto de los productos morbosos de la uretra profunda. El conducto eyaculador sufre á veces compresiones, inflamaciones; en ciertos casos de hipertrofia, al hacer un corte, no se encuentran los citados conductos eyaculadores.

Dada la incontinencia del esfínter vesical, lo sustituye hasta cierto punto el de la uretra membranosa.

La uretritis, la cistitis crónica, la pielitis, las condiciones generales desfavorables del sujeto, las estrecheces de la uretra, pueden complicar la enfermedad y hacer que su pronóstico sea muy diferente, según las circunstancias.

La prostatitis crónica se revela por una mayor eliminación de la secreción prostática, que el enfermo cree esperma, y que en ocasiones contiene corpúsculos de pus y nemaspermos ó cristales espermáticos. A ésto se une cierta sensación de peso, malestar, dolor, ocupación hacia el ano; imperiosas, escasas é incompletas eliminaciones de orina, sobre todo por la noche, y eyaculaciones dolorosas y

sanguinolentas. Con las primeras orinas (previa sensación de flujo), y más aún si se ejerce alguna presión sobre la próstata, pueden salir trozos de producto prostático, el cual fluye á veces por la presión que ejercen las heces al pasar por el recto. Unese á ésto, muchas veces, cierta condición hemorroidal. La disuria, la estranguria, la micción incompleta, la salida involuntaria de orina cuando la vejiga está demasiado llena (incontinencia por exceso de orina, esto es, *regurgitación*), neuralgias diversas y variables, y algunas veces la hipocondría, acompañan á la enfermedad. La edad, muchas veces avanzada, del sujeto, los antecedentes y síntomas, el examen recto-uretral, pueden revelar la enfermedad con exactitud escrupulosa.

Cuanto á la terapéutica, debemos tener en cuenta que el decúbito prolongado, el estar sentado mucho tiempo, la alimentación demasiado abundante y sustanciosa, las bebidas alcohólicas y excitantes, los enfriamientos (sobre todo de los piés) la resistencia contra el estímulo á orinar... congestionan el órgano.

Son útiles: la hidroterapia (clísteres, baños generales, ducha perineal); los resolutivos (iodoformo, mercurio) para fricciones y supositorios; los revulsivos (nitrato de plata, tintura de cantáridas) aplicados sobre la piel del perineo. Los supositorios intrauterinos de tanino y glicerina, las instilaciones de nitrato de plata, las de tintura de iodo diluida, pueden ser también convenientes. Hay algunos autores que aconsejan, contra la hipertrofia, el empleo de la electricidad. Para uso interno, se recomiendan los balsámicos, los resolutivos, lo mismo que los antiespasmódicos y alcalinos, y á veces los reconstituyentes. Pero estos medios, asociados de diverso modo, no bastan generalmente para mejorar ó hacer posible la micción, y como muchas veces la estranguria es el síntoma predominante, no puede dilatarse la práctica del cateterismo.—La sonda Lamotte, *acodada ó bicodada*, la sonda inglesa que se deja libre al llegar á la última porción, la sonda de plata que se dobla según las exigencias de cada caso, y guiada si es necesario por un dedo introducido en el recto, que le dirija, pueden hacernos llegar á la uretra, cosa que no siempre es fácil. El *tuto* debe imponérsenos, durante la operación, más que el *jucunde*. La calma más absoluta, el minucioso examen de la dirección, sitio y calidad de los obstáculos, del dolor y la hemorragia, nos pondrán siempre en el buen camino. De esta manera, no será fácil separarnos de éste cuando el pico del instrumento tropieza contra la pared superior del conducto, que es la que menos siente las variaciones volumétricas de la próstata.

Todo instrumento que permanezca mucho tiempo en la vejiga

puede causar grandes molestias á la próstata y á la vejiga misma. Una sonda flexible es soportada mejor que una metálica, una de goma blanda mejor que una elástica; pero en cambio, cuanto más rígido es el instrumento, tanto más fácilmente podrá enderezar la dirección del conducto.

CISTITIS BLENORRÁGICA.

Cuando ya existe la uretritis profunda, el coito, la masturbación, el cateterismo, los excesos en el uso de las substancias alcohólicas y diuréticas, las medicaciones locales demasiado irritantes..., llegan á hacer que se difunda la flogosis hasta la mucosa vesical. La uretritis profunda acompaña necesariamente á la llamada cistitis blenorragica; ahora bien, como la existencia de aquélla puede ser ignorada por el paciente, y aun por el mismo médico, la aparición de ésta se considera en ocasiones como un fenómeno independiente, primitivo.

La *cistitis aguda* se limita generalmente al cuello del órgano; la *crónica* se difunde con frecuencia al fondo y al cuerpo, y también desde la capa mucosa á la músculo-membranosa (*cistitis parenquimato-sa*) y aun á la serosa (*epi-ó periscitis*).

La cistitis aguda no suele manifestarse antes de la tercera semana de la uretritis. Su primer síntoma es la necesidad frecuente é imperiosa de orinar. Después son arrojadas con fuerza, en varias veces, las últimas gotas de orina (tenesmo): con las cuales, mezcladas ó separadas, puede salir moco, moco-pus y sangre, bajo la influencia de las condiciones reflejas mencionadas.

El tenesmo puede llegar á ser penosísimo, y manifestarse también en el esfínter anal. La urgencia, la necesidad imperiosa de orinar, llegan algunas veces hasta la incontinencia. Si se vigila con cuidado la micción, se ve salir ante todo por la uretra, repentinamente, una porción de producto morbosos, precedido ó no de éste; fluye luego orina normal, después moco-pus, con ó sin sangre, y finalmente sangre. Al disiparse la cistitis, va disminuyendo el flujo uretral y más rara vez desaparece. Neuralgias reflejas (del pene, glande, testículos, ano, perineo, nalgas, pubis), insomnio, agitación, y algunas veces fiebre, estreñimiento é inapetencia, complican el cuadro morbosos. Ordinariamente, á los 4 ó 5 días cesa esta agudeza y sigue un rápido bienestar general. Con todo, apenas se ha extinguido el foco uretral, las más ligeras causas provocan una recaída.

La prostatitis y la pielitis pueden complicar la enfermedad que

nos ocupa, la cual, en no pocos casos, en virtud de esas repeticiones y exacerbaciones, pasa á la forma crónica.

La *cistitis crónica* sigue más á menudo á la existencia de cálculos ó de tumores intravesicales, á la hipertrofia prostática, á las estrecheces uretrales, á la cistoplegia, á las enfermedades renales, al catesterismo, etc. En tal forma abundan mucho el moco y el pus. Aquél obra como fermento, produciendo la descomposición de la urea y la formación de carbonato de amoniaco. Este irrita las paredes del órgano, hace alcalino su contenido y gelatinoso el moco-pus. En el sedimento, el microscopio permite ver: epitelios vesicales, corpúsculos mucoso-purulentos, hematies, cristales de fosfato amónico-magnesiaco y de urato de amoniaco, vibriones y bacterias.

La cronicidad y el grado diverso de la inflamación pueden originar engrosamientos de la túnica mucosa; del mismo modo, los esfuerzos á que llega á verse obligada la vejiga, para su depleción, puede motivar los de la túnica muscular. De aquí la *vejiga con columnas*, las *úvulas vesicales*, los divertículos, las presiones sobre los puntos en que desembocan los uréteres, el reblandecimiento y la esfoliación más ó menos extensa del epitelio; la infiltración inflamatoria, seguida ó no de ulceración, la cistorragia, la gangrena de la mucosa: en suma, un desenlace fatal, mucho más si existen otras complicaciones.

En la práctica interesa mucho distinguir la cistitis aguda de la prostatitis y de la uretritis aguda; además, conviene sorprender en la cistitis aguda, y mucho más en la crónica, las lesiones renales que presentar pueden sobrevenir. Por eso creemos oportuno el siguiente cuadro:

CISTITIS PROFUNDA

1. Por lo general sigue á la uretritis externa y precede á la cistitis.
2. Falta muchas veces la necesidad imperiosa de orinar. El tenesmo es más frecuente. Las eyaculaciones son dolorosas y algunas veces sanguinolentas. Los síntomas generales faltan casi siempre.
3. El producto morbosos, regularmente blanquecino, sale con el primer chorro de orina ó bien bajo la forma de eyaculación espontánea.
4. Es positivo el examen uretral (café, uretroscopio); negativo el rectal.
5. Fáciles complicaciones por parte de la vejiga, próstata, vías seminales y articulaciones.
6. Se hace crónica con facilidad. No es atefcción grave.

CISTITIS CERVICAL

1. Rara vez precede á la uretritis y nunca en la variedad blenorragica. Es más frecuente que la prostatitis.
2. Existen regularmente urgencia al orinar y tenesmo. El semen puede fluir sin dolor y sin sangre. Los síntomas generales no existen por lo común. No hay retención de orina. Curso fácil y favorable.
3. El producto morbosos sale por la uretra con las últimas partes de orina; la presión sobre la próstata no lo modifica.
4. Son negativas las exploraciones rectal y uretral.
5. Posibles las complicaciones renales.
6. Rara vez pasa al estado crónico. Es más grave que la uretritis.

PROSTATITIS

1. Puede seguir á la uretritis profunda. La aguda es mucho más rara que las otras dos formas.
2. El tenesmo, la frecuencia y más aun, la necesidad imperiosa de orinar, faltan muchas veces. Fiebre y síntomas generales pronunciados. Disuria, estranguria y retención prolongada muy frecuentes. La eyaculación es dolorosa, á veces común.
3. El producto morbosos contiene elementos especiales (corpúsculos amiloides, concreciones), sale con el primer chorro: la presión ejercida por el dedo sobre la próstata nada añade á la orina cuando ha sido lavada la uretra por una micción parcial.
4. Positivo el examen rectal, lo mismo que el uretral.
5. Posibles las complicaciones uretro-vesicales y rectales.
6. La inflamación blenorragica aguda de la próstata no es raro que termine por supuración. Es enfermedad más grave que las otras dos.

En la hipertrofia prostática, los enfermos orinan con más frecuencia cuanto están en posición horizontal; en la cistitis, sin hipertrofia prostática, más amenudo cuando están en pié.

La inflamación de la vejiga puede extenderse á los ureteres, á la pelvis renal, á los tubillos, al parénquima, á la corteza y cápsula renal. De aquí resultan dolores en la región de los riñones, que se irradian á lo largo de los uréteres y se agravan por la presión; de aquí las alteraciones cualitativas y cuantitativas en las orinas, y la fiebre.

En la pielitis de primer grado (catarro verdadero de la pelvis renal), la orina es normal por su color, cantidad, y peso específico; ofrece ligero enturbiamiento, reacción ácida (1), indicios de albuminuria. El depósito de moco no viscoso, contiene corpúsculos de pus, epitelios de la pelvis y de los mayores tubos de Bellini. Si el catarro se propaga á los tubos menores de Bellini (*nefritis descamativa*) crece la cantidad de albúmina y la proporción del epitelio de los tubillos el cual se reúne á veces en utrículos, que comprenden corpúsculos de pus y de sangre (2).

En la *pielitis de segundo grado*, las orinas son pálidas, también de un peso específico inferior al normal, con sedimento no viscoso, constituido principalmente por pus. Al microscopio, se ven muchos corpúsculos purulentos, mezclados aquí y allá con moco, que representan la forma de los tubillos renales: existen además epitelios de la pelvis y de los tubillos.

La *pielitis del tercer grado* consiste en el catarro purulento de los cálices renales, complicado con nefritis intersticial. La orina amarillento-verdosa, también, fuertemente ácida, contiene mucho pus, cilindros diversos y poca urea.

Si se desarrolla la nefritis supurativa, obsérvese en el sedimento la presencia de tejido renal destruido, esto es, fragmentos de glomérulos de Malpighio y tubos de Bellini.

La cistitis aguda, por sí sola, no es una enfermedad importante. Las complicaciones se asocian casi exclusivamente á la forma cró-

(1) Aludo aquí á la orina que, lavada bien la vejiga, podría recogerse con el catéter, precisamente en el momento en que pasa de los uréteres á la vejiga.

(2) La sangre, de origen renal, puede hallarse en la orina completamente disuelta y ser por esto inapreciable á simple vista. Si á algunos centímetros cúbicos de orina se añade en una probeta la mitad de su volumen de potasa cáustica en agua :: 1 : 3, y se calienta, precipitan los fosfatos. Pues bien, éstos aparecen de un color gris blanco cuando falta en la orina la materia colorante de la sangre; si existe ésta, toman un color rojo pardo (método de Haller.) Más rigurosamente todavía, puede investigarse la sangre en la orina por el espectroscopio. (Consúltese la magistral obra acerca de *La orina y los sedimentos urinarios*, por Neubauer y Vogel).

nica, y, para determinar ésta, la infección blenorragica necesita algunos auxiliares, tales son: la hipertrofia prostática, las estrecheces uretrales, los excesos de trabajo, etc.

La cistitis crónica entraña, pues, muchas veces un pronóstico reservado; en los viejos es con frecuencia fatal.

Tan pronto como aparezca la cistitis, se suspenderá el uso de las inyecciones y de los balsámicos: se procurará que el enfermo esté todo el tiempo posible en decúbito supino. Como alimento, se aconsejarán la leche, el caldo y las bebidas diluyentes.

Conviene resistir á la necesidad de eliminar la orina, sobre todo su última parte.

Contra la frecuencia en la micción y el tenesmo doloroso, se prescribirá: 1.º Hielo en el recto; 2.º Extracto de beleño, extracto de cáñamo indiano, ana 0,50, azúcar de caña, 3; m. y div. en 20 papeles, para tomar uno cada tres horas. 3.º Supositorios sedantes (*V. Prostatitis*). Contra los trastornos nerviosos concomitantes, rara vez es necesario el uso de medicamentos: en ciertos casos se usa el bromuro de potasio ó el de alcanfor. Algunos aconsejan las unturas con extracto de belladona al perineo. Contra las retenciones, los semicupios calientes, los medicamentos sedantes y las inyecciones, lavando inmediatamente después la geringa. Si hay hemorragia considerable por el cuello de la vejiga: percloruro de hierro ó ergotina 0,30 á 0,60, agua de melisa ó infusión de hojas de beleño, 100, jarabe de codeína ó de altea, 30. Para tomar, en varias veces en las 24 horas.

Contra la enfermedad propiamente dicha, los balsámicos, la posición de Chopart (3 ó 4 cucharadas al día), el agua de alquitrán, la infusión de yemas de pino, la oleo-resina de trementina, etc., ó bien los astringentes: 1.º ácido gálico, 1 á 4; ácido benzóico y polvos de Dower ana, 1. Divídase en 5 papeles, para tomar uno cada 3 horas. 2.º Hojas de *uva ursi*, 15 á 30, infundidas en 200 de agua, y añadiendo, después de colar, jarabe de altea, 50. Para tomar media jícara cada 3 horas.

En la cistitis aguda del cuello convienen también las instilaciones locales de nitrato argéntico (1 á 4 por 100 de agua). Es raro que en pocos días no basten, por sí solos, los primeros remedios. En la cistitis crónica el tratamiento debe dirigirse todo lo posible contra la causa. El cateterismo puede hallarse indicado por la retención y la conveniencia de facilitar una pronta salida al moco-pus. La escavación que forma la vejiga detrás de la próstata hipertrofiada, los divertículos vesicales, pueden llegar á impedir el completo vaciamiento del órgano, ni aun por medio de la jeringa.

En la cistitis crónica suelen servir poco ó nada los revulsivos y los astringentes. Los alcalinos pueden neutralizar el exceso de acidez de las orinas y obrar así sobre el desarrollo del moco (fermento) impidiendo ó disminuyendo mucho la descomposición amoniacal. El exceso de acidez de las orinas debe considerarse como la expresión de un error de todo el organismo, y el tratamiento que en tales casos se oponga, debe tener en cuenta las funciones asimilatrices más que el órgano eliminador. En cambio, del exceso de alcalinidad tiene la culpa este último, y cuando los alcalinos y el cateterismo no ofrecen recursos suficientes, debe acudirse á la irrigación intravesical.

Esta, en general, puede hacerse para deterger para modificar la mucosa y para excitar la túnica muscular. Cuando nos propongamos realizarla, necesitamos: 1.º una jeringa gruesa, elástica, cilíndrica, de corriente única, con dos ventanas muy amplias; 2.º una jeringa de anillos ó bien una algalia de goma, piriforme, y un irrigador. La jeringa uretral metálica puede, en algunos casos, ser de más fácil é inofensiva introducción; además, con un grosor igual, posee mayor calibre y ventanas más amplias. El enfermo estará en posición horizontal, y sólo de piés cuando los productos vesicales encuentran gran dificultad para salir. Ante todo, la jeringa debe lavarse por dentro y fuera con agua fenicada, luego se unta por fuera con aceite fenicado. Introducido el instrumento en la vejiga, suele salir inmediatamente la orina. Esta puede detenerse en cierto punto, porque el líquido encuentre aire en su camino. Ahora bien, si el instrumento se introduce lleno en la vejiga, podrá no entrar aire, cosa que creemos conveniente. El líquido que deba inyectarse marcará de 30º á 38º, es decir, una temperatura que nada tenga de desagradable para el órgano con quien se pone en contacto. Con un fin tónico, puede usarse el agua fría; sin embargo, conviene llegar á estas bajas temperaturas con una precaución gradual.

Para lavar la superficie del órgano y extraer la materia que contiene, se debe introducir el líquido en pequeñas cantidades, haciéndole salir pronto, es decir, cuando todavía se halla probablemente en movimiento. Si, por el contrario, el líquido debe modificar la superficie de la vejiga, no hay tanta prisa en extraerlo. Es prudente introducir siempre menos y no más de la cantidad necesaria. Pueden bastar, en uno y otro caso, 30 á 60 centímetros cúbicos; de cualquier modo, se evitará la distensión dolorosa de la vejiga, la permanencia prolongada del líquido en su interior y también las inyecciones demasiado frecuentes.

Una inyección que hubiese distendido mucho el órgano y que lo

dejase después volver rápidamente sobre sí mismo, podría aumentar el estado inflamatorio y hasta recrudecerlo, si ya se había disipado.

El dolor, la pielitis en el segundo y tercer estadio y la nefritis aguda, justifican las lociones repetidas. La vejiga femenina parece las tolera mejor; pero las necesita con mucha menos frecuencia que la del hombre. Las irrigaciones estimulantes frías pueden emprenderse tan sólo cuando falte todo síntoma flogístico de la vejiga. Si una irrigación medicinal ha llegado á impresionar mucho la mucosa, se puede volver en seguida al agua simple, que siempre convendrá haya sufrido la ebullición.

Los líquidos medicamentosos más útiles á la mucosa vesical, son: 1.º el nitrato de plata, 0,10 á 1; 2.º el ácido bórico, 2 á 4; 3.º el borato de sosa, 2 á 10 (1); 4.º el tanino, 1 á 2 por 100 de agua. El ácido fénico y el salicilato de sosa han sido también empleados por algunos autores. El borato de sosa nos parece excelente bajo diversos aspectos. El nitrato de plata, á altas dosis y á pequeñas inyecciones, parece obre mejor que si se usa de distinto modo. Guyón, en una de sus notables *Lecciones*, dice: «Las instilaciones de nitrato de plata, 1 á 4 por 100 de agua, convienen de un modo general en las cistitis dolorosas y en particular en aquellas que van acompañadas de una necesidad frecuente de orinar, y de evacuar totalmente, ó casi por completo, el contenido vexical... Durante muchos años hemos podido comprobar su maravillosa eficacia en las cistitis blenorragicas más agudas.»

Conviene, en muchos casos, que el líquido, además de la vejiga, bañe la uretra profunda.

INFLAMACIÓN DE LAS VÍAS SEMINALES

POR BLENORRAGIA.

POLUCIONES NOCTURNAS Y ESPERMATORREA

De la misma manera que una inflamación catarral llega á difundirse desde la laringe hasta los alveolos pulmonares y la pleura, la de la uretra puede invadir sucesivamente las diversas porciones de las vías seminales, y también sus revestimientos.

(1) Fórmula de Thompson: bborato de sosa, 30; glicerina inglesa, agua destilada, ana. 60. Dos ó tres cucharadas de las de mesa por cada 120 de agua.

EYACULATORITIS.—El catarro purulento del conducto eyaculador puede estrechar, relajar y obliterar la luz del conducto. Por efecto de sus productos y de su tumefacción, á veces queda cerrado de un modo estable. En algunas hipertrofias de la próstata, no fué posible encontrar indicios del conducto (Rindfleisch).

De esta complicación pueden derivar, la dilatación de las vesículas, esperma sanguinolento, cólicos seminales, espermatorrea, azoospermia. La irrigación uretral, el examen con el uretroscopio, y, merced á éste, el cateterismo de los conductos, pueden utilizarse con éxito, no sólo para el diagnóstico, sino también para el tratamiento. En ocasiones no es completamente inútil la exploración á través del intestino.

ESPERMOCISTITIS.—Si es *aguda*, puede haber: distensión del órgano, ocupado por moco-pus, transformado á veces en un receptáculo de pus, que puede vaciarse en la uretra ó en el recto; priapismo; póluciones, á veces involuntarias, de semen mezclado con sangre y pus; en ocasiones fiebre, lo mismo que el cortejo sintomático de la prostatitis.

En la espermocistitis *crónica* puede haber induración, ectasia de las vesículas, infiltración calcárea de las paredes, y, sobre todo en la escrofulosis, la caseificación ó tuberculización—como quiera decirse—del exudado en ellas contenido.

Por el reconocimiento rectal se observa en el primer caso, por encima de la próstata, en uno ó ambos lados, una tumefacción oval, pastosa, dolorosa, caliente, á la cual debe oponerse un tratamiento análogo al de la prostatitis; en el segundo, se percibe una tumefacción más irregular, indolente, á la cual se aplicarán los más diversos planes terapéuticos, según la causa productora.

DEFERENCITIS.—El conducto deferente se torna más grueso, sus vasos más distendidos, su luz se halla ocupada por una materia amarillenta. La porción pélvica del conducto provoca muchas veces dolores en el perineo, en la fosa iliaca; en ocasiones, llega á tomar cierta participación aunque muy limitada, el peritoneo. Se presume que entonces la flogosis coincide con una disminución del flujo. La porción inguinal inflamada puede dar origen á una exudación serosa y purulenta del tejido conectivo colocado entre los elementos del funículo; lo mismo que de la membrana que lo envuelve (*funiculitis inguinal, serosa, plástica, purulenta*). El absceso de la celulitis funicular puede vaciarse al exterior, á lo largo del conducto, ó bien á

través de su pared anterior. El engrosamiento del conducto, lo mismo que el del funículo, pueden pasar al estado crónico. Los dolores locales, cuando se mueve el miembro respectivo y algunas veces por la sola distensión de esto, los síntomas de tirantez y compresión contra los anillos inguinales (estreñimiento, náuseas, vómitos), la fiebre con frío..... dibujan la fisonomía de la enfermedad.

El examen manual permite apreciar el estado de un segmento de la porción iliaca del conducto y de todas las porciones inguinal y escrotal. El reposo, los resolutivos, los derivativos intestinales, convienen—más que ninguna otra cosa—en la deferencitis. Cuando amenaza la supuración, se debe incindir.

EPIDIDIMITIS.—El epidídimo es muchas veces la última etapa de la irradiación blenorragica. En el conducto, en los conductillos, y más aun en el tejido conectivo que los envuelve, se derrama el exudado, que puede ocluirlos é impedir su permeabilidad. Otro tanto sucede con ciertas inflamaciones purulentas, abscesos que, en casos excepcionales, se desarrollan en la cola del epidídimo. En los escrófulosos, no son raras las adherencias del epidídimo á la pared escrotal, las perforaciones de ésta y la salida del producto de substitución caseoso. El exudado que resulta en la trama conjuntival es absorbido, cuando el conducto del epidídimo se halla todavía engrosado, por lo cual éste aparece nudoso en varios puntos. Tales nudosidades se pueden encontrar algunos meses y aun años después de la enfermedad, y constituyen su terminación más frecuente, es decir, la induración.

La epididimitis suele tener un desarrollo rápido.

La parte aumenta de volúmen, de peso; se desborda del contorno del dídimo, va en diversas direcciones y se pone dolorosa. Mediante el tejido areolar, la inflamación se propaga más fácilmente á la vaginal propia que, por los tubillos seminíferos, á la substancia del dídimo.

VAGINALITIS ó PERIORQUITIS.—Cuando es *aguda*, pocas veces es adhesiva; por lo general produce un derrame seroso (*hidrocele*) ó sero-fibrinoso.

En la periorquitis *crónica*, la serosa puede estar turbia, aterciopelada, llena de manchas, de engrosamientos en forma de placas, cordones y depósitos calcáreos.

La anamnesis, la redondez, la flexibilidad, el poco peso, la elasticidad y la transparencia..... tales son los caracteres de los hidroceles agudos y de la mayor parte de los crónicos.

DIDIMITIS.—La resistencia de la fibrosa situada alrededor del órgano (*albuginea*), que no tiene su correspondiente en el epidídimo, impide el gran aumento en volumen del parénquima por ella envuelto, y que comprimido es causa de vivos dolores. Entre el dolor propio de la epididimitis y el de la didimitis trascurren algunos días, ordinariamente turbados por pocos sufrimientos.

Los dolores de la didimitis superan en mucho á los de la epididimitis; pueden ser angustiosos, intolerables. En ocasiones existe simple hiperemia, y esto es lo más frecuente; otras veces se llega hasta la exudación y formación de pequeños abscesos, cuyo pus es reabsorbido después. A veces sobreviene una extensa fusión purulenta del parénquima, adhesión de la albugínea al escroto, perforación de ambas, derrame, á través del orificio, del contenido fluidificado, con salida de la substancia medular del dídimo (*fungus benignos del testículo*). También son posibles, en otros casos, la tuberculización ó caseificación del exudado, la atrofia y casi desaparición del órgano, su gangrena. Los filamentos procedentes del plexo lumbar, que se irradián hácia el testículo, pueden sostener, aun después de la aparente curación de éste, intensas neuralgias (*testículo irritable, orquialgia*). En ocasiones, al hacer la autopsia, se encuentra reducido el órgano á un tumor pultáceo ateromatoso.

Algunos vasos aberrantes pueden asimismo inflamarse, en grado superior al dídimo (*aberrantitis*); adherirse al escroto y supurar á través de las paredes del mismo. La orquitis puede también ser causa de esperma sanguinolento.

Del propio modo que por la vejiga urinaria, por los uréteres y por los vasos de la próstata, la inflamación puede extenderse al peritoneo (*peritonitis* llamada *blenorragica*) por las vesículas seminales, por los conductos deferentes, y aún por el testículo (en el criptorquismo).

Los traumatismos, la tuberculosis y la sífilis dan un contingente muy escaso á la inflamación de la glándula secretora del semen, si comparamos tales causas con la blenorragia. En realidad, no es difícil distinguir la enfermedad de una hernia, de un bubón, de un absceso, aun cuando el testículo esté encajado en parte en el conducto inguinal. Tampoco es difícil establecer si está solo inflamado el epidídimo, ó también el dídimo. Si solo lo está el epidídimo, rebosa el contorno del dídimo, que entonces parece relativamente más pequeño, de consistencia y sensibilidad normales. Cuando la epididimitis permite la reabsorción del exudado, se forman nódulos que sirven para revelar la fase de la enfermedad:

Un derrame de la vaginal, ocasionado por la uretritis, va siempre precedido de la inflamación del epidídimo, que la sintomatología subjetiva, anamnésica, permite generalmente apreciar así, tanto en lo que se refiere á la época de su aparición, como á su grado é intensidad.

La primera orquitis es la más grave (desde el punto de vista de la intensidad): sin embargo, su pronóstico es siempre favorable. Con todo, la tuberculosis de otros órganos, la escrofulosis del enfermo, puede obscurecerle.

La destrucción y la atrofia del dídimo influyen sobre la fabricación de los nemaspermos. La inflamación de un testículo agota la actividad específica del otro. Los engrosamientos, las obstrucciones del conducto del epidídimo, sobre todo en la cola, influyen sobre la posibilidad del paso de los espermatozoides, directamente hacia la uretra. Las epididimitis bilaterales, cuando se desarrollan casi al mismo tiempo, pueden sostener la azoospermia, es decir, la esterilidad; sin embargo, por regla general tal estado es transitorio. Cuanto más próximas son entre sí las emisiones de semen, voluntarias ó involuntarias, tanto menor contingente de nemaspermos darán. Téngase en cuenta que, cuando faltan estos y los cristales que de ellos derivan, el humor emitido puede simular perfectamente el esperma por su cantidad y por los caracteres macroscópicos.

Al primer indicio de epididimitis, se suspenderá el tratamiento local de la inflamación de la uretra, y se prescribirá: reposo, á ser posible en la cama, con el escroto sostenido sobre los muslos, ó por estos mismos, ó bien con un vendaje, suspensorio, una almohada...; dieta escasa; mantener libre el intestino. Se pueden prescribir unturas con iodoformo ó percloruro de hierro, 4 por 30 de vaselina; ó bien fomentos de agua saturnina, ó cataplasmas de harina de linaza, calientes y laudanizadas. Si la tumefacción y el dolor aumentan, se aplicarán, en las primeras 24 horas, 6 á 12 sanguijuelas sobre el trayecto del cordón por la ingle. Pueden ser utilísimos los sedantes bajo diversas formas (lavativas, inyección hipodérmica, unturas, etc.)

Cuando el órgano ha llegado á ser poco ó nada doloroso á la presión, ó bien bajo los esfuerzos del movimiento y de la tos, y todavía queda cierta induración, pueden ser convenientes las unturas con unguento de iodoformo, ó bien con una pomada compuesta de 9 gramos de ioduro potásico, 1 de tintura de iodo y 30 de vaselina, ó con un unguento mercurial, que debe vigilarse para que la piel no se torne edematosa. Un vendaje compuesto de tiras de tela, untada con emplasto mercurial (para cubrir todo el escroto ó un solo testículo),

vendaje dispuesto de modo que las tiras estén cruzadas entre sí, en términos que el testículo no pueda moverse, pero tampoco se halle muy comprimido, puede dar buenos resultados.

Una compresión metódica con dicho vendaje, ó con un suspensorio de malla, provisto de cintas simétricas, á varias alturas, que permitan una constricción siempre uniforme en las diversas secciones, facilita la absorción. De cualquier modo, debe usarse durante algún tiempo el suspensorio, tapizado por una tela impermeable, la cual sostiene una capa algo gruesa de algodón, que se mudará todos los días.

En la didimitis pueden ser útiles los antiflogísticos. En el estadio del infarto hemos conseguido yugular casi instantáneamente, repetidas veces, el dolor y la inflamación con una sangría general. En dos de nuestros enfermos que padecieron didimitis, con dolores agudísimos, provocó gran alivio una incisión de un centímetro, no de la vaginal propia, sino de la albugínea (desbridamiento). El hielo, disminuyendo la expansión del parénquima y modificando el círculo, da también buenos resultados. Una pequeña vejiga de hielo, suspendida del escroto, puede calmar en pocos minutos el dolor. La excesiva coartación escrotal, á consecuencia del abuso de los repercusivos, podría determinar la necrosis del testículo: de cualquier modo, una vigilancia oportuna, y las interrupciones en el tratamiento, prevenirán estos peligros.

Pasada la agudeza, no dejan de estar indicados la protección y los resolutivos.

Con frecuencia, después de curada ó aliviada la orquitis, se hallan indicados los ferruginos y reconstituyentes.

Ciertas complicaciones exigen una terapéutica diferente. Los abscesos lentos del dídimo ó de los cuerpos de Morgagni ó del epidídimo, las fungosidades y fístulas, exigen embrocaciones y hasta inyecciones de tintura iódica, cauterizaciones, legraciones y algunas veces la castración.

La condición morbosa que se llama *testículo irritable*, podrá ceder á los sedantes locales ó á los generales. La orquialgia, si no se alivia ó cura con aquellos ó con estos, podrá ser combatida por la distensión del nervio pudiendo interno ó la neurotomía: hay algunos casos que hacen necesaria la orquiotomía. En el *hidrocele* por blenorragia, bien sea del *funiculo* (*difuso* ó *enquistado*), ó bien del *testículo* (*difuso* ó *enquistado*), cuando no lo han vencido el tiempo, las embrocaciones de tintura de iodo, ó los fomentos de cloruro amónico, conviene evacuar con el trocar el líquido acumulado. Si el

líquido se halla situado alrededor del funículo, se podrá practicar la compresión de la parte; si la colección está en el testículo, y sospechamos que puede reproducirse, son útiles las inyecciones irritantes (alcohol, solución iodo-iodurada de Lugol, ó mejor tintura de iodo), siempre que el líquido no pueda derramarse en la cavidad peritoneal (*hidrocele congénito*). Cuando este *tratamiento*, llamado *radical*, ha fracasado, se halla indicada bajo muchos conceptos la operación llamada de Volkmann, recientemente modificada por Juillard.

POLUCIONES Y ESPERMATORREA.—Entiéndse por *polución* la emisión seminal involuntaria, casi siempre nocturna, acompañada de sensaciones lúbricas y erección del pene.

La *espermatorrea* es la salida del semen, ni voluntaria ni voluptuosa, estando flácido el pene. Esta se observa con gran frecuencia durante los esfuerzos para defecar y orinar.

Uno y otro estado pueden depender de enfermedades de las vesículas seminales ó de la próstata, de la uretra interna, del sistema nervioso central y general (nervosismo). La abstinencia prolongada, las sobreexcitaciones eróticas muy repetidas, el abuso sexual, la masturbación, son sus causas ó condiciones más eficaces. Las costumbres libidinosas aumentan, hasta cierto punto, en los órganos genitales, la circulación, las secreciones y la sensibilidad, en términos que los más ligeros estímulos (repleción de la vejiga, cama blanda y caliente, balano-postitis, etc.) bastan para provocar la polución. El orgasmo, la debilidad general progresiva, la agravación de las condiciones somáticas locales, hacen que las eyaculaciones nocturnas sean cada vez más fáciles y molestas. La inervación general se deprime, hay abatimiento, preocupación del ánimo, síntomas que, unidos, atenúan la potencia y la resistencia viril. De aquí la necesidad de estímulos cada vez más fuertes, y la emisión precipitada del semen, al primer contacto ó más tarde, aun antes que se complete la erección.

De tal estado surge, pues, una *impotencia, las más veces imaginaria*, pero que compromete las aptitudes sexuales, perturba funciones muy importantes—incluso las psíquicas—y á menudo provoca síntomas muy alarmantes.

Por este mismo camino puede llegarse á la *espermatorrea*, que aumenta la debilidad, la hipocondría, y hace todavía más difíciles el coito y la fecundación.

Las poluciones representan el efecto de las contracciones espas-

módicas, casi siempre reflejas, de las vesículas seminales; en cambio, la espermatorrea puede considerarse como consecuencia inmediata de un estado de parálisis ó de relajación de la musculatura de los conductos eyaculadores; la primera equivale á una expulsión seminal activa; la segunda á un desagüe pasivo. Recientemente se han encontrado en el líquido de la espermatorrea, *cilindros* hialinos llamados *testiculares*— Bence, Jones, Neprvcen—cuyo grosor es doble que el de los renales.

Muchos enfermos interpretan como espermatorrea la prostatorrea común y á veces la simple humedad uretral. Las lesiones orgánicas anteriores y concomitantes, el aspecto, el olor del producto, la presencia de nemaspermos ó de cristales espermáticos, pueden resolver la cuestión.

En tales enfermedades, la habilidad del médico, la confianza y la fé que inspira, tienen mucha parte en el tratamiento. Este debe comprender medios higiénicos, dietéticos y farmacológicos. Son útiles, el ejercicio muscular, el aire libre, los alimentos nutritivos; pueden perjudicar los alcohólicos, los nervinos, los excitantes de diversa índole, lo mismo que las compañías, las lecturas, los hábitos que despiertan lascivia, el dormir mucho tiempo, sobre todo en postura supina, sobre camas demasiado blandas, con lo cual se facilitan con frecuencia, la los sueños voluptuosos. Se beberá pocos líquidos por las noches, se evitará el estreñimiento, etc. Se combatirán las afecciones nerviosas y las de las vías uroseminales (fimosis, estrecheces, litiasis, etc), los oxiuros intestinales, que figuran entre las causas.

Como tratamiento sintomático, los baños fríos generales, la ducha perineal y vertebral, los semicupios, los clísteres fríos, los baños de mar, se encuentran indicados muchas veces. Contra las poluciones se puede administrar: 1.º Lupulina, 0,50, para tomar poco antes de acostarse, repitiendo la dosis, en casos accidentales, á media noche; 2.º carbonato de hierro azucarado, 2; alcanfor 0,50; polvo de cornezuelo de centeno y azúcar de caña, ana 5. Mézclase y divídase en 15 papeles, para tomar 3 ó 4 al día. Contra la eyaculación precipitada, convienen los reconstituyentes, la hidroterapia, y obedecer á la verdadera necesidad física.

En la espermatorrea se halla indicado: ácido fosfórico diluido, bisulfato de quinina, ana, 2, alcanfor en polvo, 0,5, extracto de cascarrilla c. s. para hacer píldoras de 15 centigramos de peso que se tomarán 3 ó 4 veces al día, 1 ó 2 cada vez.

Como remedios locales han sido recomendados: la introducción (dejándolos permanentes) de gruesos catéteres para calmar la sensi-

bilidad, si está exagerada, de la uretra profunda: mejor que las inyecciones sedantes, se emplearán las modificadoras (por ejemplo de nitrato de plata al 1 por 40), ó bien la cauterización con el nitrato de plata en substancia, de la porción prostática de la uretra, es decir, del *caput gallinaginis*; ó bien la corriente constante, teniendo aplicado el polo cobre á la porción lumbar de la médula espinal y paseando el polo zinc por el perineo, cordón espermático, testículo y dorso del pene. La sesión eléctrica durará 5 ó 6 minutos. Al principio del tratamiento se aplicará la corriente cada dos días y después diariamente. Para combatir la insensibilidad y *frialdad* del pene, se recomiendan las excitaciones eléctricas y la irritación de los cuerpos cavernosos por medio de la corriente farádica, con la esponja bañada.

Las cauterizaciones perineales con el nitrato de plata y con la potasa cáustica, la compresión de las partes profundas contra el perineo, por medio del compresor de Trousseau, aconsejadas por algún autor, han dado en ocasiones buenos resultados.

ESTRECHECES URETRALES (1).

Más que las lesiones violentas y los neoplasmas, etc., contribuyen á producirlas las inflamaciones catarrales de la uretra. Consisten en la disminución de la dilatabilidad del conducto, consecutiva á un espasmo, á una inflamación ó á una neoformación de las paredes.

Estos tres modos de alteración pueden coexistir y asociarse á la producción exagerada de catarro uretral. El espasmo acompaña casi siempre á la flogosis; la inflamación da, como último producto, tejido conjuntivo constringente; este mismo puede tener su origen en la más diversa neoformación. El edema, la infiltración inflamatoria de las paredes uretrales, como la estrechez por miospasma, pueden con el tiempo y con la medicación disiparse por completo (*estrecheces transitorias*); otras veces, la organización en tejido conectivo del producto morbozo da á la estrechez el carácter de estabilidad, por lo cual *estrechez orgánica* y *estrechez permanente* son frases análogas.

El espasmo de la uretra musculosa, es decir, membranosa, sólo en caso excepcionales es idiopático, autónomo; por lo general repre-

(1) Consúltese la monografía acerca de las *Estrecheces de la uretra*, por el distinguido especialista español Dr. Alejandro Settier.—Madrid, 1886.

senta un fenómeno reflejo. El catarro del cuello de la vejiga, las excitaciones sexuales, la orina sobrecargada de ácidos ó de azucar, la estrechez del meato uretral externo, las grietas, escoriaciones, flebec-tasias, fístulas y vermes en el recto, los tubérculos ó cálculos cisto-uretrales, la influencia de bebidas alcohólicas ó ácidas y de medica-mentos irritantes (cantáridas, trementina, cornezuelo de centeno), malaria, y, en fin, ciertos estados nerviosos particulares: hé aquí sus causas. Tal espasmo puede dar lugar á la disuria y aun á la iscuria. Dura poco, pero puede repetirse varias veces.

Un catéter metálico grueso y pesado, al llegar al sitio del calambre, puede quedar detenido algunos minutos, y después pasa adelante por su peso; bajo la influencia de la cloroformización puede suceder que no se detenga en ningún punto.

Cuando la uretra membranosa está mas sensible y contraída que en estado normal, se intentará atacar su causa. Contra el síntoma por sí solo, pueden emplearse los semicupios calientes, el hielo en el recto, los supositorios, los clisteres, las inyecciones hipodérmicas, los antiespasmódicos: las inyecciones locales y el amasamiento.

Tampoco tienen mucha importancia las estrecheces inflamato-rias. Para dar paso á las orinas y facilitar la reabsorción de los exu-dados, convienen también las jeringas y candelillas.

Las formas ulcerativas ó muy lentas de uretritis, las irritaciones químicas ó mecánicas demasiado intensas, ó muchas veces repetidas, del conducto, la rotura de la cuerda, las destrucciones de substancia uretral ó periuretral, las lesiones violentas del conducto, paeden dar lugar á neoformaciones del tejido conectivo. Este puede invadir la mucosa, y quizá el tejido submucoso, el cuerpo esponjoso, la vaina del pene, hasta la piel, y aun la sínfisis del pubis.

El tejido de nueva formación está á veces perfectamente oculto en medio del tejido normal (*estrechez parenquimatosa*); otras veces forma eminencia sobre él en la cavidad del conducto (*estrechez li-bre*), bajo el aspecto de *válvula* ó *cordón*. La hiperplasia parenqui-matosa se halla caracterizada por una notable superabundancia de tejido, que va á formar una especie de *callo*, ora *difuso*, ora *nudoso* ó *anular* (*variedad callosa*); otras veces, por reabsorción de los ele-mentos celulares constitutivos, el nuevo tejido, que permanece en su sitio, aparece fibroso, sutil, tenso, inextensible (*variedad atrófica*): así sucede principalmente en el marasmo, en las estrecheces conse-cutivas á lesiones traumáticas ó ulcerosas, etc.

Las estrecheces residen, en su mayor parte, en la extremidad de la porción bulbosa, y mucho menos en el resto del trayecto cavernoso-

so: si exceptuamos los traumatismos, no se observan casi nunca en la uretra profunda.

Se pueden organizar en algunos meses, pero generalmente necesitan años enteros. Unas veces tienen la forma de estrias; otras, de anillos delgadísimos; en ocasiones, se extienden á largos trayectos, y más á menudo son cortas y numerosas (de 2 á 8). Deforman, ponen rígido y estrechan el conducto, que por encima de ellas se ensancha más ó menos. Los productos de las diferentes secreciones (glándulas de Cowper y mucosas, próstata, vías seminales y riñones) encuentran un camino cada vez más estrecho y penoso; pudiendo llegar un momento en que salen difícilmente, y no sólo la poca pericia, sino también las mayores aptitudes, no consiguen hacer pasar una sonda, una candelilla, ni aun la más propia y adaptada. Progresivamente pueden sobrevenir ciertas complicaciones, más ó menos importantes, en pos de esta falta de permeabilidad del conducto: la dilatación de las porciones de las vías urinarias situadas por encima del punto estrecho, lo mismo que de los conductos glandulares (seminales, prostáticos, etc.) que á él afluyen; el catarro de estas mismas partes; la atrofia del riñón, con uremia y amoniemia; las incrustaciones y formaciones de cálculos; las proliferaciones epiteliales y conjuntivas; los abscesos intrauretrales, periuretrales, prostáticos y periprostáticos; finalmente, la ulceración, la perforación de la uretra, las infiltraciones y fístulas urinarias.

Ordinariamente acompaña á las estrecheces el catarro crónico de la uretra ó la humedad. La micción se hace frecuente; el chorro más fino, aplanado, otras veces espiral, bifurcado, dividido. Mientras que por el conducto uretral sale un chorro pequeño, cierta parte de la orina gotea hácia los pies y hasta mancha la ropa que cubre los muslos. La parábola que traza el chorro, es cada vez menos amplia, la orina sale por chorros pequeños, interrumpidos por intervalos.

La vejiga se vacía de un modo cada vez más incompleto, la necesidad de orinar va haciéndose muy frecuente: son también comunes los estancamientos de orina en la vejiga, de donde resultan la fermentación de dicho líquido y la cistitis.

El semen sale también con dificultad, á veces con dolores; en ocasiones fluye sin previa erección (espermatorea); y, si tropieza con una estrechez considerable, puede, á través de la porción dilatada de la uretra, refluir hacia la vejiga.

Al propio tiempo, comienzan á perturbarse el sueño, el apetito y la sensibilidad. La orina sale por exceso de acumulo, sin que el paciente lo conozca. La acción del frío ó de la humedad, el andar en

carruaje, las intemperancias, la falta de ciertas precauciones muy importantes y que casi siempre se olvidan, procurando la disuria y hasta la estranguria, suelen ser las que hacen fijar la atención del enfermo y le obligan á buscar al médico: desde entonces, comienzan á manifestarse las exacerbaciones, algunas veces graves.

Los síntomas que acabamos de mencionar, la inspección, la palpación, el cateterismo, la endoscopia, sirven para establecer el diagnóstico más exacto de las estrecheces uretrales.

Se puede asegurar, con fundamento, que al cateterismo se halla reservada la última palabra en este diagnóstico. La exploración metódica puede ser considerada como una demostración patológica hecha en el vivo; puede suministrarnos, además, preciosas sensaciones. Antes de introducir el cateter, se debe averiguar, del mejor modo posible, la existencia, sitio y grado de las lesiones intrauretrales, con el objeto de escoger el instrumento más apropiado para cada caso particular.

Los instrumentos metálicos son los verdaderos exploradores de la vejiga, sobre todo para los médicos poco expertos; los flexibles son los mejores exploradores de la uretra.

Un instrumento flexible se adapta al trayecto en que penetra; el mismo conducto lo guía; un instrumento metálico puede recorrer, aun por su propio peso, un trayecto bastante largo de la uretra, pero necesita de la mano que le guíe para recorrer el último trayecto, que es el más difícil. Una algalia (números 18 al 21 de la escala trimilimétrica) que represente un huevo cortado á través, y fija por su base á un tallo bastante flexible, puede transmitir impresiones delicadísimas. Para tener nociones bastante exactas respecto á la uretra interna, podrá convenir una candelilla inglesa, encorvada de modo que su eje corresponda lo más posible al de la uretra, que se quiere examinar. Se fija en esta curva, introduciéndola en agua templada y después en agua fría, ó bien untándola con colodión, y, si fuese una jeringa, por medio del mandarín.

Cualquiera que sea el instrumento, debe ser lavado escrupulosamente, por dentro y fuera, con agua fenicada, al 3 por 100, untándolo después con aceite ó glicerina fenicada.

Deben tenerse en cuenta las molestias y dificultades que ha de vencer el instrumento en la *laguna magna*, en el *seno del bulbo* (depresible), en el orificio de la uretra interna, en el cuello de la vejiga. El instrumento avanza después por su propio peso, siguiendo siempre el eje del conducto. Tan pronto como pierde la libertad de sus movimientos, ó bien provoca dolor ó hemorrágia, debe sacarse,

en parte ó por completo, para darle otra dirección, ó para cambiarle (inmediatamente ó en la próxima sesión) por otro de diferente calibre, ora análogo, ora metálico.

Nunca debe preferirse el uso de la fuerza al razonamiento. Un espíritu constante, tranquilo, una mano ligera y habil, realizan verdaderos milagros, aun en los casos más difíciles: toda tentativa de maniobra brillante, de ejecución rápida, es atrevida, y puede causar grandes perjuicios al enfermo y aun al mismo médico. En ocasiones debe este hallarse dotado de una paciencia á toda prueba y sacrificar en parte su amor propio.

Para el diagnóstico basta algunas veces tocar la estrechez; no siempre es necesario vencerla.

La tranquilidad del enfermo no es menos indispensable que la del médico. Este se hace dueño de aquel diciéndole toda la verdad respecto á las molestias de la exploración; molestias que, tratándose de una mano habil, se reducen á muy poca cosa y quizás á nada.

Cuando comienza á introducirse una algalia, un cateter, etc., el médico tiene en su mano el brazo larguísimo de una palanca de primer orden, cuyo otro brazo, mucho menos largo, tropieza con tejidos casi siempre enfermos. La atención del médico debe fijarse, pues, por este motivo, en el pico del instrumento.

Conviene examinar la uretra por regiones (peniana, escrotal, etc). El dedo siguiendo el perineo, é introducido luego en el recto, puede servir de guía. La punta de la sonda puede provocar en su salida, sensaciones todavía más detalladas y precisas que al entrar. El examen hecho de este modo suele suministrarnos nociones relativas á la existencia, sitio, número, amplitud, consistencia, forma, longitud é irritabilidad de las estrecheces orgánicas. La elección de instrumentos bastante delgados y á la vez bastante consistentes—ora sean candelillas, ora sondas, ora cateteres—puede, unida á la maestría y á la paciencia, permitirnos vencer las más considerables estrecheces. Para ello nos ayudará, entre otras cosas, el volver en espiral ó en ángulo la terminación del instrumento, girándolo después en sentido inverso á la espiral; el introducir tres ó cuatro candelillas hasta el punto estrechado y ver cual de ellas puede seguir su camino; el derramar aceite entre la estrechez y favorecer la lubricidad de aquella parte; el empleo del uretroscopio...

Los autores más competentes, los especialistas más distinguidos en la materia, no han visto nunca curaciones naturales de las estrecheces, ni destrucción espontánea del tejido que las forma. Este no puede dispersarse en totalidad; cuanto más tiempo pase, más duro, seco

y rígido se torna. Toda estrechez puede considerarse como afección no leve, maxime si se tiene en cuenta que los enfermos emprenden sólo el tratamiento cuando se ven obligados por los síntomas consecutivos, y no siempre lo sostienen con la constancia y empeño necesarios.

Desde el punto de vista del tratamiento, se distinguen estrecheces *permeables é impermeables*. Estas últimas son las que *no se puede ó no se sabe atravesar*. La absoluta impermeabilidad de las estrecheces no traumáticas es completamente excepcional: la destreza, la paciencia, el ejercicio, el saber elegir el instrumento... producen triunfos inesperados.

Carecemos de medios para curar las estrecheces de un modo estable. La curación depende menos del método y de los instrumentos, que de la inteligencia práctica del que la usa. Ningún método de tratamiento es aplicable á la inmensa variedad de casos que las estrecheces pueden presentar. El que combate una estrechez no debe olvidar las condiciones y susceptividad de la misma y las del enfermo. La *cauterización* de las estrecheces orgánicas, de la cual tanto se ha hablado, tiene más inconvenientes que verdaderos resultados. La *dilatación*, la *uretrotomía*, son los dos mediós más usados. La *dilatación graduada*, *incruenta*, parece preferible. La *dilatación brusca*, la *divulsión*, pueden emplearse en casos excepcionales. Si existen falsas vías, puede dejarse algunas horas una sonda que por el verdadero camino haya llegado hasta la vegiga, y, si es metálica, hasta un día entero.

La dilatación graduada, interrumpida, lenta, progresiva (llamada también *dilatación vital* porque produce, en virtud de un efecto dinámico y otro mecánico, la reabsorción de los productos que constituyen la estrechez y todavía aptos para ser reabsorbidos) representa el método curativo más recomendable. Por él se consigue ordinariamente dar al punto estrecho los diámetros del orificio uretral, y si éste es después demasiado estrecho, puede ser conveniente incindirle.

En el momento en que se introduce el instrumento—candelilla olivar ó cónica, francesa ó inglesa—conviene que el individuo haya estado media hora sin orinar. El instrumento debe evitar toda molestia y violencia, principalmente en el punto en que exista la estrechez. Basta pasar el instrumento por la parte estrecha, sin perturbar inútilmente las partes más profundas. Conviene que el instrumento permanezca colocado 5 ó 10 minutos. No se repetirá la introducción de sondas ó catéteres, mientras existan molestias propias del último

paso. Cuando ya se ha conseguido devolver á la uretra su calibre, no hay que olvidar que, generalmente, el beneficio es sólo transitorio.

Las estrecheces y deformaciones considerables del conducto, el dolor, las hemorragias durante las exploraciones, la amenaza de una fiebre, muchas veces inevitable (fiebre uretral), ora por exasperación de las afecciones existentes (fiebre morbosa), ora porque el instrumento provoque otras nuevas (fiebre traumática) ó por el simple estímulo de los nervios periféricos (fiebre nerviosa)... pueden hacer imposible el método que acabamos de describir, y sugerir la *uretrotomía interna*.

Esta se halla indicada en casi todas las estrecheces de la uretra esponjosa, que pueden atravesar candelillas muy delgadas, pero que no se dejan vencer por otras más gruesas. La operación tiene poca importancia cuando se practica en la porción de la uretra envuelta por el glande; pero la tiene mayor cuando debe practicarse á cierta profundidad. Hecha la incisión, se introduce inmediatamente después una sonda, á través de la cual el enfermo puede orinar durante 12 ó 24 horas: de no hacerlo así, el contacto de la orina con la superficie cruenta podría determinar fácilmente una fiebre urémica con escalofríos.

La uretrotomía interna va seguida algunas veces de hemorragia, infiltración urinosa, piemía y septicemia. Por nuestra parte, habiéndola practicado varias veces con el uretrótomo de Maissonneuve, nunca hemos tenido que lamentar semejantes complicaciones.

Cuando existen estrecheces absolutamente impermeables, el *caterismo forzado, la perforación de la estrechez*, no se hallan exentos de peligros. La *uretrotomía externa* puede estar indicada cuando, á la vez que la retención, existe infiltración urinosa ó absceso. También la estrechez de procedencia traumática, no dilatable, complicada con senos fistulosos, puede exigir igual partido.

Mientras se trata una estrechez, no hay que olvidar la posible reacción por parte de la misma, reacción que puede extenderse á las vías uroseminales, y aun á todo el organismo.

DE LAS INFLAMACIONES BLENORRÁGICAS

EN LA MUJER.

En la mujer pueden presentarse: 1.º la *vulvitis blenorragica*; 2.º la *vaginitis*; 3.º la *metritis*; 4.º la *uretritis blenorragica*. La inflamación de la vejiga, de las trompas de Falopio, de los ovarios y del pe-

ritoneo pueden seguir también á las que acabamos de citar. Es más frecuente la blenorragia de la vagina, menos la de la vulva y del útero y sigue la de la uretra. Rara vez interesa la blenorragia toda la mucosa urogenital; con frecuencia ataca una sola porción y cuando más dos al mismo tiempo. Se ha dicho que la uretritis muco-purulenta resulta siempre del contagio, ora proceda directamente de otro individuo, ora de la vagina de la misma mujer. La naturaleza blenorragica de la vulvitis ha sido negada por algunos autores, lo mismo que en la balano-postitis. La mucosa de la vagina es mucho menos delicada que la de la uretra masculina; se halla defendida por secreciones sebo-mucosas, que la tapizan constantemente: en ciertas mujeres, el coito muy frecuente, el abuso de las inyecciones, etc., concurren á quitar la sensibilidad. Añádase á esto que la dirección y amplitud de la vagina facilitan el descenso y expulsión de los productos contagiosos, y que además, en el momento del coito, no hay un gran aflujo de sangre á la parte, como sucede necesariamente en el hombre.

La uretritis aguda impide al hombre que la sufre las relaciones sexuales; y además, la micción puede, en todo caso, alejar de la uretra el producto contagioso.

La mujer puede prestarse al coito aun cuando tenga la vagina medianamente comprometida, y más aún si el mal existe en la parte superior, localidad que para el hombre es precisamente la más peligrosa.

Podemos asegurar que las mujeres dan más blenorragias que reciben, tanto más cuanto que las irritaciones locales, masturbación, poca limpieza, embarazo, dermatosis vulvares, pesarios, etc., desórdenes dietéticos ó constitucionales (clorosis y escrófula), exantemas, tífus, etc., lo mismo en las niñas en las adultas más castas y virtuosas, pueden favorecer un estado catarral, cuyo producto haga enfermar, lo mismo á la conjuntiva ocular, que á la uretra masculina.

Dada una blenorragia en una mujer, estamos habituados á considerarla contagiosa siempre que se extiende á la vagina y á la uretra, y el producto es decididamente inflamatorio, muco-purulento. Una adulta, como una niña, pueden infectar al hombre en el primer coito, no habiendo sido ellas víctimas del contagio.

En la mujer que padece blenorragia, los síntomas subjetivos en general son menos pronunciados que en el hombre. Es raro que, por efecto de la difusión del contagio blenorragico, la enfermedad se extienda más allá del orificio cérvico-uterino interno.

Los tratamientos locales en la mujer pueden emplearse con mayor eficacia; de cualquier modo, la fase aguda dura poco tiempo.

VULVITIS Y BARTOLINITIS.

La vulvitis puede proceder del contagio, ó de otras causas. Las irritaciones producidas por el onanismo, por excesos en el coito, el acumulo y descomposición del sebo y del moco, la presencia de vegetaciones y placas mucosas, la existencia de *oxiuros*, ciertas influencias epidémicas, los exantemas, el tifus, la escrófula, etc., pueden muy bien provocarla.

Sus síntomas son: hiperemia, secreción serosa, mucosa, purulenta, esfoliaciones epiteliales, (erosiones), infiltraciones y ulceraciones foliculares, exudaciones en el *corion* mucoso y mucho más en el tejido conectivo de las ninfas, del prepucio, del clítoris y de los grandes labios. El edema inflamatorio, el flemón de las ninfas, pueden aumentar por la presión que ejercen á su alrededor los grandes labios, región que se deja distender menos por la abundancia de grasa. Es también bastante frecuente la supuración del tejido conectivo de los grandes labios, aunque haya sobrevenido, después que en las glándulas de Bartolini.

Se ha hablado de una *vulvitis sebácea ó mucosa*, según que estén comprometidos, exclusiva ó principalmente, los folículos del sebo ó del moco. Los primeros están diseminados; los mucíparos se hallan situados en la cara interna de los pequeños labios, en las partes laterales y al rededor del meato urinario. A menudo, en la fase purulenta, el producto aglutina entre sí los pelos, desciende por el perineo y pliegues inguinales, y produce rubicundez, grietas y esfoliaciones. Con estos síntomas pueden coexistir (á veces se presentan de un modo consecutivo) adenopatías inguinales, bartolinitis, signos de violencia, vegetaciones, hiperestésias, formación de quistes y de adherencias vulvares. El andar, lo mismo que la micción y la defecación, causa más ó menos molestias y hasta dolores. Las sensaciones voluptuosas van seguidas de ardor, prurito intenso y fiebre.

Importa averiguar si todos estos síntomas son consecutivos á procesos venéreo-sifilíticos, si tienen su origen en la vulva misma ó en las partes contiguas, (vaginitis, papilomas, pápulas húmedas, ecemas, herpes, prurito, forúnculos, pitiriasis), ó si dependen de la anemia, la escrófula ó el onanismo, tanto para el tratamiento causal como para el pronóstico y profilaxis.

Para el tratamiento local conviene: estar con las piernas separadas, las lociones detersivas, los fomentos y semicupios emolientes;

el aislamiento mútuo, por medio del algodón absorbente, de los cuatro mayores pliegues vulvares, y á veces del prepucio del clítoris. Pueden ser útiles también las aplicaciones astringentes con algodón empapado en agua fenicada ó saturnina; el nitrato de plata disuelto; los polvos de óxido de zinc ó de bismuto, á veces conviene la oclusión, con algodón ó yute fenicado, del orificio de la vagina, cuando sale por ella mucha materia irritante.

Las *glándulas* acinosas vulvo-vaginales, llamadas *de Bartolini*, están colocadas entre el músculo constrictor de la vagina y el transversal del perineo. Corresponden á la mitad posterior de los grandes labios. Por uno ó dos conductos, que se ven en el vestíbulo, á pocos milímetros del himen, derraman un líquido lubricante. Desde la vulva, la inflamación puede extenderse al conducto y cuerpo de la glándula. La forma catarral puede ir seguida de la purulenta. El tejido conjuntivo, situado alrededor del conducto y más aun el que envuelve el cuerpo de la glándula, pueden llegar á resentirse, indurándose y supurando. El absceso se abre entonces á través de la piel del labio mayor y más amenudo á través de la mucosa del mismo. De aquí las fistulas vulvares, vulvo-vaginales y vulvo-rectales, que se ven con tanta frecuencia en las meretrices.

Otras veces, engruesan las paredes del conducto y las de la glándula misma.

Puede sobrevenir también la oclusión del conducto y la dilatación quística—que á veces se considera como hemática—del cuerpo.

La bartolinitis puede provocar dolores, malestar, fiebre y vómitos; puede simular una hernia, sobre todo cuando hay estreñimiento y la enferma cree que ha salido de repente el tumor. La bartolinitis comienza por el conducto, el tumor reside en la mitad posterior del grande labio, recidiva fácilmente y se le puede circunscribir con los dedos. Constituye un tumor compacto en unos casos, pastoso ó blando en otros, que da siempre cierta resonancia obtusa, y no provoca ningún fenómeno en la ingle. Con la presión sobre la glándula, á veces precedida de exploración del conducto, se puede hacer salir el producto morbosos. El quiste puede reconocerse con facilidad, por que se forma lentamente y porque no va acompañado de inflamación.

La bartolinitis se tratará con el reposo general y local, con los repercusivos, vaciando el producto morbosos á través el conducto (presión, cateterismo), con las inyecciones deterativas por medio de la jeringa de Anel ú otras semejantes, y los fomentos astringentes. Las inyecciones con agua fenicada al 1 por 100 ó con nitrato de plata,

también al 1 por 100, son utilísimas. Cuando se declara la supuración, si no existen úlceras venéreas vulvo-vaginales, y el absceso amenaza la vagina, se abrirá á través de las paredes de ésta: en caso contrario, se hará el corte en la piel del labio mayor. Después, con los desinfectantes y correctivos comunes, procuraremos que se cierre la cavidad resultante del absceso.

VAGINITIS BLENORRÁGICA.

La *vaginitis*, llamada también *colpitis* (de *κολπος* seno) ó *elitritis*, (de *ελτρον* vaina), cuando es aguda, procede del contagio ó de un traumatismo. El embarazo, las fiebres eruptivas, la anemia, la escrófula, el mal uso (ó el abuso) de las inyecciones, la menstruación—agravando la condición leucorréica—son causas predisponentes y algunas veces determinantes de la enfermedad. Las oscilaciones en el grado de la inflamación, el depósito temporal de moco-pus blenorragico en la vagina, las diversas maneras de prolongar el coito, ciertos estados de los genitales y del organismo entero..... dan la explicación de las vicisitudes por las cuales pasa la enfermedad. La presencia del gonococo desempeña también, en ciertos casos, un papel principal.

En la vaginitis aguda observamos: aumento de espesor y de calor; secreción siempre ácida, mucosa, purulenta, cremosa, en la cual el microscopio permite encontrar diversos microfitos. La mucosa se torna roja ó rojo-lívida. En su tercio anterior pueden elevarse nódulos numerosísimos, constituidos por hiperemia y exudado intrapapilar (más frecuente en el embarazo) de donde resulta la *vaginitis granulosa*. Son posibles, aunque bastante raros, los casos de erosiones y de ulceraciones catarrales. Nunca hemos visto la desaparición del fondo de saco vaginal, por fusión de éste con el cuello uterino (*vaginitis adhesiva*).

Complican la vaginitis aguda, la uretritis, algunas veces la cérvicometritis externa, y mucho menos la vulvitis, la ooforitis y la celulitis. La vaginitis puede ofrecer los caracteres de las formas *crupales* y *diftéricas*, y provocar la caída de grandes zonas epiteliales, que presentan en ocasiones la forma del conducto (*vaginitis exfoliativa*). Rara vez ocurre que una especie de flemón perivaginal destruya, disloque las inserciones vasculares de la vagina, determinando su gangrena y su eliminación (*perivaginitis disecante*) (1).

(1) Hasta ahora, que sepamos, sólo se han publicado cuatro casos.

En las formas ordinarias de vaginitis, no es nada frecuente la adenitis inguinal.

La leucorrea (de λευκος, blanco y ρεω, flujo) representa un producto de la vaginitis crónica. Puede llegar y detenerse en este punto la misma forma aguda, que á veces toma su punto de partida en la propia leucorrea. La larga duración de un catarro vaginal, el uso prolongado que para combatirle se hace de los astringentes, pueden determinar el engrosamiento, rugosidad y sequedad de la mucosa (*xerosis vaginal*).

Del mismo modo que la uretritis en el hombre, la vaginitis en la mujer comienza generalmente por el orificio externo, y cuando envejece—digámoslo así—se manifiesta en las partes profundas, donde es menos molesta y más tenaz. Los fondos de saco, sobre todo el posterior, son las partes en que finalmente se refugia la enfermedad, y desde allí puede comprometer la salud del útero y la de los órganos masculinos que se aproximen á aquella región. Los papilomas, el vaginismo, tienen su origen en ciertos casos, en la vaginitis crónica.

Los síntomas de la vaginitis son: sensación de malestar, de ardor al orinar (*uretritis*), de dolor, de plenitud en la parte, dolor al ejecutar movimientos, y más aún por los esfuerzos de la defecación. Las ingles, los muslos y la pelvis se ponen dolorosos; la menstruación suele determinar y agravar ciertos síntomas, entre ellos el espasmo del constrictor de la vagina: tambien pueden llegar á aparecer signos de reacción general.

Si se introduce en la vagina un dedo, á 4 ó 5 centímetros de profundidad, y se deprime la pared posterior, se puede ver fluir el producto morroso. El propio dedo permite apreciar el aumento de temperatura, lo mismo que la tumefacción, y llega á provocar dolor en el conducto. La vaginitis suele considerarse contagiosa cuando es aguda, es decir, cuando da un exudado muco-purulento y se complica con uretritis, también aguda. La presencia de los gonococos se debe considerar hoy como indicio de contagiosidad, tanto en las formas agudas como en las crónicas. Respecto á estas últimas, no podemos precisar absolutamente en la práctica donde cesa en cada caso el peligro de transmisión. Por lo demás, cuando el médico tenga que decidir, en un informe médico-legal, acerca del origen y la aptitud infectante de un producto vaginal, pueden suscitarse varias dudas, que exigen la más prudente reserva.

Las tentativas de tratamiento abortivo pueden considerarse inútiles, y hasta perjudiciales. Conviene en la terapéutica de la vaginitis blenorragica: no satisfacer todas las excitaciones eróticas; la alimen-

tación escasa, sin alcohólicos ni estimulantes. Se combatirá el estreñimiento, que suele sostener la hiperemia de los órganos contenidos en la pelvis menor. También son útiles los semicupios deterativos, emolientes ó narcóticos—agua simple templada, cocimiento de salvado ó de cabezas de adormidera (facilitando la entrada del líquido en la vagina por medio de un instrumento apropiado)—; las irrigaciones deterativas, anodinas ó astringentes en el conducto, etc.

Para practicar estas, se introduce la cánula vaginal, limpia y untada con aceite, ó bien una jeringa de goma con dos agujeros, hasta el fondo de la vagina. A través de un largo tubo, de un recipiente, ó irrigador, colocado bastante alto, ó bien por medio de una pera de goma ó de una clisobomba, introdúcese el líquido. Para ciertas personas que no pueden moverse de la cama, son muy útiles los irrigadores de Maisonneuve y de Aran. Si se trata sólo la mitad inferior del órgano, la mujer podrá sentarse en una silla ó un *bidet*; si conviene, en cambio, corregir el estado de la parte superior de la vagina, será oportuno que la enferma se halle colocada en decúbito supino, teniendo las nalgas elevadas, de modo que el orificio externo de la vagina esté á mayor altura que los fondos de la misma. De este modo, el líquido podrá ser llevado á voluntad, hasta bañar el fondo de saco y la superficie del cuello uterino. El mismo líquido podrá ser mantenido en la parte inferior de la vagina, durante algunos minutos, evitando su salida por la vulva. El agua debe ser abundante; su temperatura la ordinaria del cuerpo ó un poco más elevada, en las formas no crónicas; en las crónicas, el agua fría puede dar tono á los órganos, provocando cierta reacción saludable. Conviene repetir la irrigación dos ó tres veces cada día, y que no sea muy duradera.

Irrigaciones deterativas pueden preceder á las que acabamos de describir. Para cada una de ellas debe emplearse, por lo menos, medio litro de líquido, en el cual se hayan disuelto 4 á 8 gramos de sulfato de zinc, ó de subacetato de plomo, ó de sulfato de alúmina y potasa, de percloruro de hierro, ó de sulfato de hierro, ó de hidrato de cloral. El ácido fénico puede usarse en la proporción de 0.25 á 0.50 por 100, y el sublimado corrosivo en la de 0.02 á 0.05 por 100. En los casos leves pueden ser provechosas las inyecciones de los infusos ó cocimientos de plantas astringentes (encina, ratania).

En las formas insistentes, sobre todo en las papulosas, conviene por medio de un espéculo—y es oportunísimo el de Fergusson—embadurnar la vagina con una disolución más ó menos concentrada de nitrato argéntico: 1 á 4 por 30 de agua. En los casos más rebeldes, conviene el aislamiento de las partes por medio de tapones de algo-

dón absorbente, espolvoreados con magisterio de bismuto, calamina, tanino ó alumbre. Los tapones deben introducirse utilizando el espéculo, y han de estar provistos de un hilo (fiador), del cual se tira cuando se les quiere extraer. Con frecuencia conviene sean pequeños cuando se han de fijar en los fondos de saco vaginales. A veces debe llenarse con estos tapones toda la vagina. Nunca permanecerán colocados más de doce horas. Al quitarlos, se hará siempre una irrigación.

Los supositorios vaginales que contienen tanino, iodoformo, etc., y que se dejan colocados en el órgano, no ofrecen indicaciones tan frecuentes como podría creerse.

METRITIS BLENORRÁGICAS.

El contagio blenorragico puede atacar la mucosa del cuello, lo mismo en la superficie externa que en el conducto (*cervicitis blenorragica externa*, *cervicitis blenorragica interna* ó *endocervicitis blenorragica*). Con frecuencia, la forma blenorragica no pasa del orificio cervical interno, en el cual se detienen generalmente las diversas inflamaciones catarrales por causa externa. La endometritis del cuerpo tiene más á menudo su origen en una causa interna. Las metritis catarrales del cuello pueden ser determinadas por lesiones directas, por excesos venéreos, por los pesarios, etc.

De aquí resulta rubicundez, turgencia de todo ó parte del cuello, hipertrofias y erosiones papilares (granulaciones), nódulos, abscesos, exulceraciones foliculares, fáciles hemorragias, especialmente durante el infarto que acompaña á la menstruación ó al embarazo. Dichas lesiones comienzan ordinariamente cerca del orificio interno.

En la endocervicitis, dicho orificio aparece más abierto, y está tumefacta la mucosa interna del conducto. Allí afluye el producto de las numerosísimas glándulas existentes en los pliegues palmados, bajo la forma de un líquido denso, claro y viscoso, que recuerda la albúmina animal: sin embargo, á veces es turbio, y en ocasiones rico en pus. Es siempre alcalino, y esto le distingue de la secreción vaginal, que es ácida. La presión puede hacerle descender lentamente á la vagina, con cuyo producto no se mezcla nunca de un modo uniforme. Forma cuerpo por sí solo, está bien trabado y se adhiere fuertemente á las paredes del conducto. Un pincel de hilas secas lo separa con gran dificultad; si aquel se baña en yema de huevo, y mejor en ácido acético ó ácido fénico disuelto con partes iguales de glicerina, es arrastrado hacia arriba, hasta el orificio cervical interno, de

donde se puede separar por medio de movimientos de torsión. Es raro que se mezcle con la sangre, como lo hace muchas veces el producto de la endometritis del cuerpo; este último, además de que tiene un aspecto más sucio, suele estar más disuelto y es más abundante; puede distender la cavidad del útero, el cual lo empuja entonces con contracciones dolorosas (cólicos uterinos), á través del orificio interno, que un estilete, una sonda uterina, aun en época lejana de la menstruación, pueden demostrar no está cerrado. En cambio, en la endometritis del cuello, el orificio interno está cerrado, faltan los cólicos, lo mismo en el momento en que es emitida la sangre menstrual, que cuando desciende el catarro.

Las cervicitis crónicas que convierten en pequeños quistes los folículos mucosos (huevos de Nabot) mantienen en la mujer una especie de gota militar, más insidiosa que en el hombre, y que abre el camino á los engrosamientos del cuello, al desprendimiento de los epitelios vibrátiles, á las estrecheces del conducto y también al desarrollo de formas poliposas.

La cervicitis provoca poco ó ningún dolor local; puede, sin embargo, ir acompañada de dolor en la región lumbar, laxitud, mal-estar, neuralgias reflejas, movimiento febril, irregularidades menstruales. La celulitis pélvica, la peritonitis, la endometritis del cuerpo, la metritis parenquimatosa del cuello, la salpingitis, la ooforitis, pueden complicar la cervicitis ó ser debidas á ella.

Conviene distinguir la cervicitis de la sífilis primaria y secundaria, de la úlcera venérea y del herpes.

La cervicitis no es enfermedad grave; sin embargo, la hiperplasia conectival, las flexiones, los prolapsos, pueden hacerla muy rebelde, como lo hacen la escrófula y la anemia.

En la metritis externa, se hallan indicadas las irrigaciones deservivas templadas, astringentes y cateréticas, y las embrocaciones con cuerpos análogos.

En el momento en que se practica la inyección, la mujer debe estar colocada horizontalmente con la pelvis elevada, de modo que la inyección medicinal—permaneciendo la enferma en dicha posición—pueda estar algún tiempo en contacto con el fondo de saco vaginal y el cuello.

Pueden ser también útiles las embrocaciones y los toques con una disolución de percloruro de hierro, ó con disoluciones de nitrato argéntico ó de cloruro de zinc, (1 á 7 por 100); las aplicaciones de anino y glicerina (1 parte del primero por 4 á 8 de la segunda), ó de tanino, alumbre ó iodoformo, etc.

En la endocervicitis aguda, los baños generales, los semicupios: pocas veces se hallan indicados los sedantes. El reposo, el llevar los vestidos algo flojos en los vacíos, el tener libres la vejiga y el recto, las inyecciones calientes y el baño del cuello uterino, con infusiones emolientes ó de adormideras... combaten perfectamente la flogosis.

Si conviene aplicar medicamentos al conducto, se separa ante todo el moco, y después se lleva el percloruro de hierro, el nitrato de plata, etc, hasta el orificio interno, por medio de un pincel de algodón absorbente (1). Si conviene cauterizar la mucosa con nitrato de plata en substancia, ora se introduce un cilindro de dicho cáustico, ora un trocito fundido alrededor de un estilete de alambre. Se debe vaciar las colecciones quísticas purulentas (óvulos de Naboth).

Si la mucosa del conducto está muy vascularizada, jugosa, convienen las escarificaciones á todo lo largo del conducto. Si el parénquima del cuello es grueso y bastante blando, es decir, bastante rico en vasos, el corte debe ser profundo en el espesor del mismo. La legración del cuello y otras maniobras quirúrgicas, no tienen grandes indicaciones en los casos que nos ocupan.

• URETRITIS BLENORRÁGICA

Puede resultar de tres modos de inoculación: vaginal, peniana y digital. Ordinariamente es secundaria á la vaginitis, pero á veces es primitiva y aislada. Las violencias que acompañan á la desfloración; la introducción en el vestíbulo vulvar, y más en la uretra, de cuerpos extraños, como horquillas ú otros objetos, para satisfacer la sensualidad, los cálculos de la vejiga, los excesos eróticos, el embarazo... pueden dar lugar á una uretritis, en cuya génesis no entran directamente ni las relaciones sexuales ni el contagio.

Esta uretritis simple es muy rara. La mujer acusa cierto ardor al orinar y ligera disuria. Puede salir por el conducto, serosidad, moco y moco-pus. Dichos productos imprimen con frecuencia en la camisa

(1) Nunca hemos tenido necesidad de las inyecciones intrauterinas para combatir los procesos provocados por una infección blenorragica. Por lo demás, para hacer entrar este líquido en la cavidad del cuello y cuerpo uterino, me parece muy útil y prudente el procedimiento de Bandl. Se coloca á la enferma con la vulva más alta que el cuello uterino. Se aplica un *espécúlo* que llena éste con el líquido medicamentoso, que descenderá hacia el útero. Una sonda metálica llena de agujeros en toda su longitud se introduce en el cuello uterino, y si es preciso, dentro del cuerpo. El líquido pasa por estos agujeros desde la vagina á la cavidad del cuello ó á la del cuerpo, según se quiere, y *no distiende esta última, á la cual puede bañar de una manera uniforme.*

manchas lenticulares. Cuando pasa algún tiempo después de la micción, comprimiendo sobre la uretra, á través de la vagina, á partir de la vejiga hácia el orificio externo, puede manifestarse también el catarro. Si la orina ha pasado recientemente, y si la mujer tiene gran interés en engañar al médico, puede convenir el examen uretroscópico. Este debe practicarse, cuando menos, diez minutos después de la salida de la orina, que á su paso irrita el conducto. La disuria, la uretrorragia, las vegetaciones próximas al orificio externo, nos harán pensar muchas veces en la uretritis.

Los folículos mucosos próximos al meato urinario, en virtud de ciertos estados congestivos ó inflamatorios, pueden suministrar un líquido muco-purulento, contagioso (*uretritis externa*, del Dr. Guérin). Los cálculos, úlceras venéreas ó sifilíticas, y vegetaciones uretrales, determinan á veces la uretritis. Por otra parte, más en la mujer que en el hombre, conviene vigilar atentamente ciertos síntomas uretro-vesicales, que revelan la tuberculosis de la vejiga.

Generalmente la uretritis mejora al mismo tiempo que la vaginitis. Los lenitivos, los alcalinos y balsámicos, que hemos descrito en otro lugar y aconsejado contra la uretritis del hombre, pueden emplearse también aquí con éxito. A menudo, ni siquiera es necesario el empleo de los tópicos.

LINFOADENITIS POR BLENORRAGIA.

Las linfitis y las adenitis figuran muchas veces como consecuencias de los fenómenos blenorragicos y de sus complicaciones. El mecanismo de su aparición y desarrollo corresponde al de las linfadenitis por absorción que pueden seguir á las úlceras venéreas. Nos ocuparemos de ellas, pues, en el capítulo correspondiente.

CONJUNTIVITIS BLENORRÁGICA.

Es debida al transporte del moco-pus blenorragico, líquido ó desecado, procedente de los genitales de ambos sexos ó del otro ojo comprometido del mismo modo. El contagio puede tener por vehículo las manos, la orina, las ropas, los utensilios del tocador (agua, tohallas y hasta el jabón).

Una blenorragia puede infectar el ojo del individuo que la padece ó el de los demás; una persona sana puede adquirir el virus de los genitales de un enfermo, ó pasarlo del ojo de éste al propio. Un mé-

dico que no guarde ciertas precauciones, en la inspección ocular y al hacer las curas, podrá multiplicar los focos blenorragicos en una misma persona y aun en muchas. La materia morbígena puede, sólo por su peso, pasar del ojo enfermo al sano; el niño que nace, al atravesar los genitales blenorragicos, infecta muchas veces sus propios ojos. Lo mismo que la inadvertencia, la venganza ha hecho sobrevenir algunas oftalmoblenorragias, afección que siempre ha llamado la atención de los oculistas, y que por su gravedad llega á desesperarles en ocasiones, produciendo muchas veces el *pannus* de la córnea.

La forma que nos ocupa es mucho más frecuente en las clases pobres. Se han visto vaginitis escrofulosas de niñas, que llegaron á producir esa oftalmopatía.

La enfermedad comienza pocas horas ó—cuando más—muy pocos días después del contagio. A la rubicundez, escozor, calor, comunes á ambas conjuntivas, sucede rápidamente una coloración de los tejidos, más obscura que de ordinario, y un dolor violento. En pocas horas los párpados se tornan edematosos; el superior, más hinchado, cae sobre el inferior y lo cubre en parte. Al separarlos, sale una materia serosa al principio, y poco después amarilla ó verdosa, densa, que escoria la piel de los párpados inflamados. La fiebre es moderada. Pronto aparecen irradiaciones neurálgicas periorbitarias muy intensas. Abriendo el ojo, se nota un quemosis considerable. La córnea aparece mortificada en virtud del mismo quemosis—de esa tumefacción de la conjuntiva, que comprimiendo sobre toda su circunferencia, suspende el cambio nutritivo,—ó sufre un derrame purulento intersticial, que primero la hace opaca y después la ulcera. Si la enfermedad dura algunos días, la córnea llega á hacerse delgada y prominente en algunos puntos (queratocele), luego se perfora, y salen los humores endoculares, dejando á veces un estafiloma y en otros casos un muñón informe, destinado á la atrofia.

Dicha terminación es fácil y frecuente si el arte no interviene pronto y con energía.

Cuando enferma un solo ojo, el otro está amenazado, además del contagio, por la llamada simpatía. Hay además una forma de conjuntivitis blenorragica crónica, la cual determina un estado tracomatoso, complicado con queratitis graves.

En los recién nacidos, la oftalmía blenorragica puede desarrollarse lentamente. La oftalmía es la más temible de las complicaciones de la blenorragia.

La violencia, la rapidez del proceso, la gran intensidad de una adenitis preauricular, y más que todo la existencia de una blenorra-

gia, constituyen otras tantas presunciones utilísimas en pro de la índole blenorragica de una conjuntivitis. Nunca debe omitirse la investigación de los gonococos.

Para alejar el peligro de un contagio blenorragico que se sospecha ó que ya ha sobrevenido, se lavará todo el saco conjuntival con una disolución antiséptica (benzoato sódico, 5, ó ácido bórico 2 por 100), ó bien con agua destilada préviamente hervida. Una vez iniciada la enfermedad, debe desplegarse la terapéutica antiflogística más rigurosa: lociones con los líquidos antes citados, instilaciones de la atropina, tanto para calmar los dolores, como para dilatar la pupila: mediante el decúbito sobre el lado enfermo, ó por vendajes especiales, se procurará impedir el aflujo hacia el sano. Los fomentos fríos, las sanguijuelas, los derivados intestinales, las escarificaciones en la conjuntiva inyectada, las incisiones profundas contra el quemosis, ofrecen ventajas indiscutibles; pero el agente terapéutico más seguro (casi podía llamarse indispensable) es el nitrato de plata. Con el nitrato argéntico en disolución (2 á 4 por 100) ó en bastoncillos, mezclado con nitrato potásico (1 parte del primero por 1 ó 2 del segundo), se toca en toda su extensión, cada 24 horas, la mucosa enferma, debiendo estar el médico dispuesto á neutralizar los excesos del nitrato por medio del cloruro de sodio, disuelto en agua destilada.

Si la córnea se empeñaba, y hasta llega á formarse una úlcera, se emplearán las instilaciones ó bien los discos de atropina: á veces es eficaz, en tales circunstancias, el nitrato de plata, aplicado algún tiempo después que dicho midriático. Cuando amenazan la perforación de la córnea y la hernia del iris, se seguirá la norma que para tales casos marcan las obras de oftalmología.

REUMATISMO BLENORRÁGICO.

Bajo este nombre pueden comprenderse: 1.º, artropatías; 2.º, sinovitis tendinosas; 3.º, higromas; 4.º, periostitis y periostosis; 5.º, iritis serosas; 6.º, descemetitis; 7.º, neuropatías diversas (uretralgia, acinesia y anestesia genital, neuralgia ciática, neuralgia crural, mielitis espinal, paraplegia refleja). Todos estos hechos han sido relacionados por los autores, en todo ó en parte, con la infección blenorragica.

Respecto á la conexión causal vigente entre la blenorragia y las artropatías, reina el mayor acuerdo, que cesa tan pronto como se pasa del hecho en sí mismo á su interpretación. Más graves y más

numerosas son las discrepancias respecto á otras formas, por ejemplo, las del ojo y del periosteo.

El origen esencial de las artropatías es ante todo la blenorragia uretral. Así lo demuestran la frecuente coexistencia de ambos estados morbosos; el reaparecer las artropatías cada vez que se alivia la uretritis (desde 2 hasta 7 y aun más veces); las oscilaciones paralelas en el grado de ambas enfermedades. Por otra parte, la uretritis blenorragica aguda, lo mismo que la crónica más exenta de especificidad, y más aún, el simple paso de una sonda á través de la uretra, bastan para desarrollar la artropatía. Es indiferente que el flujo dure mucho ó poco tiempo; generalmente, llega á estar enferma la uretra profunda antes de que padezca la articulación. En la mujer, dichas artropatías son más raras, y no es seguro que puedan atribuirse siempre á la uretritis ó á la vaginitis.

La llamada diatesis reumática, una intoxicación general cualquiera (blenorragica, piohémica) no pueden explicar la aparición de tales artropatías; ni tampoco pueden invocarse hoy los *gonococos*, que, aunque encontrados una vez en cierto derrame articular, faltaban por completo en el líquido extraído del mismo sujeto por una segunda punción. Aun cuando hubiera verdaderos casos concomitantes, positivos, siempre faltaría interpretar las artropatías que se unen á la uretritis simple. Es verosímil que la individualidad, quizás el linfatismo, desempeñen la primera parte, y que la inervación—que las uretritis perturban de otros muchos modos—juegue un papel complementario.

La artropatía ataca al 1 por 100, próximamente, de los blenorragicos. Puede manifestarse en una ó en varias articulaciones, si bien son las predilectas las de la rodilla y las tibio-tarsianas. Cuando enferman muchas articulaciones á la vez, los síntomas no son tan marcados como cuando padecen una ó dos.

A la uretritis aguda acompaña muchas veces una forma articular aguda y viceversa.

Al aparecer ésta, sobre todo si es febril, disminuye el producto uretral; sin embargo, en ciertos casos se le ha visto aumentar. Por lo general, el modo de aparición es brusco, la reacción febril y el dolor más moderados que en el reumatismo ordinario; la inflamación es menos movable, más fija; por lo general, interesa exclusivamente las sinoviales, en las cuales se efectúan con frecuencia derrames serosos (hidrartrosis); el pericardio y el endocardio toman parte en la enfermedad con mucha menor frecuencia; el reumatismo común no se disipa aunque el individuo llegue á ser blenorragico... La exposición

á la artropatía, en cada inflamación uretral, es, por decirlo así, inevitable; sin embargo, en los intervalos, aun esponiéndose el individuo á las influencias reumáticas vulgares, no sufre ningún perjuicio. No siempre se desarrolla la artropatía al primer ataque de uretritis. La hidrartrosis, la artritis crónica, el tumor blanco (sinovitis fungosa) y todas sus consecuencias, á cuya cabeza figura la anquilosis, son terminaciones posibles del estado que nos ocupa. Con todo, aunque la evolución de la enfermedad sea lenta, la resolución, en la gran mayoría de los casos convenientemente curados, es tardía pero completa.

A la artritis aguda se opondrán: aplicaciones de sanguijuelas, cataplasmas, pero más que todo la absoluta inmovilización con vendajes almidonados ó con vidrio líquido, de la articulación. Con ésto se consigue alejar, casi inmediatamente, por completo ó en gran parte el dolor.

Si la inflamación es menos activa, están indicadas las embrocaciones con tintura de iodo y también las uncciones con unguento de iodoformo. Contra la hidrartrosis, un vexcante en forma de herradura, inmediatamente por debajo de la rótula y á la vez, si la irritabilidad de la uretra lo aconseja, durante uno ó dos días, el alcanfor por la boca. Contra la forma crónica, la tintura de iodo, el amasamiento, los baños de vapor, los resolutivos, los iódicos al interior, etc.

ÚLCERA SIMPLE, ÚLCERA VENÉREA,

ÚLCERA NO INFECTANTE.

La úlcera simple ó venérea es una pérdida de substancia provocada por el contagio de una úlcera análoga, mediante un virus que ella elabora y que la hace inoculable casi hasta el infinito, lo mismo á la persona que la padece que á otras diferentes (aunque sean sífilíticas) y aun á algunos animales. Son su única causa, digámoslo así, las relaciones sexuales y su asiento casi exclusivo la esfera genital. No se conocen hasta hoy inmunidades naturales ó adquiridas para la úlcera venérea, que nunca nace de un modo espontáneo. Es inoculable—repetimos—cualquiera que sea el punto en que resida, lo mismo en el vientre que en la cabeza (úlcera cefálica).

En el sitio inoculado se desarrolla una inflamación úlcerativa aguda, cuyo radio de actividad puede extenderse en varias direcciones.

nes, hasta los ganglios linfáticos más próximos. Ningún síntoma llega á indicarnos su influencia directa sobre las venas, sobre la sangre y el resto del organismo. Es enfermedad menos expansible y más localizada que la blenorragia.

El pus ulceroso puede, aun desecado, conservar su poder elcógeno (de ἔλκος úlcera y γίγναι engendrar,) durante quince ó más días, y hasta siete meses. El agua, los diversos productos de las secreciones fisio-patológicas, lo hacen más débil, porque lo diluyen. Los ácidos sulfúrico, nítrico, hidroc্লórico y acético; los cloruros alcalinos, la potasa, la sosa, el amoniaco y el alcohol; los cocimientos concentrados de tanino, el calor, la putrefacción y la gangrena, pueden destruir la virulencia. Esta reside en los elementos sólidos y las corrientes modernas hacen sospechar la existencia de algunos microorganismos.

Se ha visto que el contagio accidental es raro entre tejidos diferentes, á pesar de su aproximación más íntima y más prolongada; por ejemplo, el prepucio y el glande, el cuello uterino y la vagina. Cuando los tejidos son semejantes, el contagio es frecuente, casi inevitable: ejemplos, los pliegues del prepucio, los del ano, las dos caras del meato uretral.

El pus específico puede, desde la úlcera que lo engendra, pasar directamente al sitio en que después se desarrollará la nueva úlcera (contagio inmediato); otras veces lo lleva un dedo, una camisa, y hasta los genitales de una persona intermedia, que permanece ilesa (paradoja venérea); un instrumento quirúrgico, una sonda (contagio inmediato).

Si el pus contagioso llega sobre una solución de continuidad persistente (dislaceración, escoriación, etc), comienza muy pronto su trabajo de necrosis progresiva molecular, llegando á convertirse aquella lesión en una úlcera (úlcera *d' emblée*, de los franceses). Si por el contrario, se insinúa bajo el epitelio, en 12 á 24 horas se forma una mancha que al segundo día es ya una pápula, al tercero una pústula, etc. Si ataca un folículo sebáceo, puede provocar una pústula sobre una base elevada, esto es, una eflorescencia que remeda al principio una pápulo-pústula, luego una pústula de acné, y que al cuarto ó quinto día es ya una úlcera. Si el pus específico cae sobre un epitelio y más todavía en una epidermis gruesa é intacta, aun permaneciendo algún tiempo en aquel sitio, no llega á adherirse. Solo cuando el obstáculo es muy sutil y poco resistente, después de actuar la causa durante algún tiempo, llega á determinar cierta irritación, rubicundez, maceración del epitelio ó epidermis, y así se pre-

para la brecha (*foramen contagiosum*) que permite se eleve la pápula, la pústula, etc. (contagio retardado).

Precedido y acompañado de una viva reacción, el elemento eruptivo se abre paso en el seno de los tejidos. Este *primer período* de la úlcera se llama *período de desarrollo, de destrucción, de progreso ó de incremento*. Este lleva el fruto hasta su madurez, la cual sobreviene cuando coinciden la actividad del virus y la pasividad de la región enferma (*acmé ó período estacionario*). Al cabo de dos semanas, puede modificarse, dejando predominar sobre la necrosis la producción, hasta que se cicatriza la úlcera (*período de reparación*).

En las úlceras artificiales que se provoca en los gatos, conejos, monos, el último estadio puede recorrer por sí solo su trayecto; en el hombre, es muy raro que esto suceda espontáneamente, y, cuando, así ocurre, la cicatrización tarda 3 ó 4 semanas. La virulencia de una úlcera se puede calcular sólo cuando es completo el trabajo de cicatrización. La cicatriz es muy visible. Con ella cesa todo peligro de reaparición de la úlcera venérea *in loco*; y si no obra una nueva causa de infección, la cicatriz no se vuelve á ulcerar.

La necrosis del tejido interesa algunas veces apenas el dermis (*exulceración*); en otros casos la ataca hasta mayor profundidad y en y en ocasiones puede propagarse por debajo del mismo.

Generalmente las úlceras venéreas tienen una aureola roja, bordes desiguales, cortados á pico, desprendidos; fondo lardáceo, que segrega un pus abundante; fondo blando ó pastoso; pero tambien es cierto que un número no escaso de úlceras venéreas se separa de estas líneas. Merced á las inoçulaciones simultáneas ó sucesivas, ocurre generalmente que las úlceras venéreas son múltiples, de 2 á 40 y aun más. La linfítis y la adenitis, simpática ó simple y ulcerosa ó virulenta, acompañan muchas veces á la úlcera.

El estar situadas en tejidos delicados, que se congestionan con facilidad, la poca limpieza, el temperamento sanguíneo, el uso inoportuno de remedios irritantes, la plétora, los escesos venéreos y dietéticos, pueden agravar la inflamación ulcerosa, hacer la úlcera muy sensible, muy colorada (*úlcera inflamatoria, eretística*), y provocar cierta tumefacción del fondo y de los bordes. La vejez, la depresión física y moral, las caquexias debilitantes, las congestiones locales repetidas, la compresión por fimosis ó por parafimosis, los medicamentos irritantes, los roces de cualquier género y el alcoholismo..... pueden llevar más allá la inflamación, hasta producir la *gangrena*. Ésta aparece, generalmente, en el período de forma-

ción de la úlcera, suele limitarse con rapidez, y, con la vida de los tejidos, extingue rápidamente la virulencia del mal. Sus consecuencias suelen ser molestas, á menudo determina mutilaciones y deformidades de importancia.

Las irritaciones demasiado fuertes de la úlcera, la mayor parte de los estados patológicos que deterioran la constitucion de la sangre (clorosis, anemia, escrófula, sífilis, escorbuto, malaria, caquexia, hipocondría, uso interno y prolongado del mercurio, y sobre todo alcoholismo), pueden provocar en torno de la úlcera el *fagedenismo*. Este rara vez ataca la úlcera en sus comienzos.

No necesita, para aparecer, modalidades especiales en la composición del *virus*, que es el mismo que en cualquier otra úlcera venérea. El fagedenismo no extingue la virulencia en toda la úlcera. Esta, inoculada á otro sujeto, puede convertirse en úlcera blanda y benigna de las más comunes. El fagedenismo, ora progresa con síntomas agudísimos, ora con manifestaciones lenta. Puede extenderse superficialmente hacia un lado, mientras que la solución de continuidad va cerrándose por el otro (*fagedenismo serpiginoso*). Puede también atacar y destruir tejidos profundos (*fagedenismo terebrante*). Los tejidos aponeuróticos, musculares, cavernosos, etc., le oponen obstáculos casi invencibles. Iniciado el fagedenismo, aun cuando se consiga separar las causas presuntas, puede continuar aquél sus espantosos estragos, durante semanas, meses y aun años enteros. El dolor es fuerte, algunas veces intolerable.

El prepucio y el glande en el hombre, la vulva y la entrada de la vagina en la mujer, son los sitios predilectos de las úlceras venéreas. La vagina, la uretra masculina en la fosa navicular, el intestico recto (hasta el esfínter interno), padecen algunas veces, y mucho menos el cuello uterino. Este presenta á menudo, en su superficie externa, varias úlceras á un tiempo. Algunas veces, aunque raras, se han encontrado en el conducto.

La *úlcera venérea extragenital* es rara; la *cefálica*, verdaderamente excepcional.

Por el examen histológico de la úlcera blanda de la piel ó de una mucosa, se encuentra infiltración del *corion*, algunas veces del tejido conectivo subyacente; parte de los elementos celulares sufren rápidamente la transformación gránulo-adiposa. Después se forma un tejido cicatricial, más ó menos grueso.

En el capítulo reservado á la sífilis primaria, veremos cómo puede distinguirse la úlcera venérea del sífiloma y del papiloma. En la práctica, importa saberla distinguir en ciertos casos de la bienorra-

gia, del herpes inflamatorio, de las lesiones pústulo-ulcerativas y violentas comunes, etc.

Una úlcera oculta bajo el prepucio fimótico, ó bien situada en la uretra ó en el conducto uterino, podrá por su parte y por la reacción que la acompaña, dar lugar á un flujo que simule á primera vista la blenorragia. La escasez de líquido, su poca homogeneidad y su fácil mezcla con la sangre, la existencia de otros síntomas que van manifestándose, la extensión, sitio y dirección del dolor, la existencia de un foco ulcerado, comprobable directamente por medio del tacto, ó bien con un estilete, ó de ambos modos á la vez, el aumento de grosor, mayor sensibilidad, detritus y sangre; el número de las adenopatías y la manera cómo se presentan, la inspección endoscópica, la inoculabilidad de los productos... son datos utilísimos (y que no siempre se necesitan todos ellos) para formular el diagnóstico.

Las vesículas herpéticas aparecen de un modo rápido, uniforme, casi á la vez en diversos puntos del cuerpo. Del tamaño de un grano de mijo ó de un cañamón, están rodeadas cada una de ellas (y lo mismo el grupo que forman) por un reborde característico. Pueden llegar á ser bastante más grandes, porque confluyen varias de ellas. Por lo general, se desecan pronto y, antes que un defecto de substancia, dejan una escama ó un grupo de escamas, según la amplitud de las vesículas. La costra puede contener pus y aun sangre (crosticina). La pérdida de substancia que dejan es infundibuliforme, sucia, sin tendencia á aumentar de tamaño ni a ser inoculada. Salvo los casos rarísimos en que interesa el *corion*, el herpetismo no deja cicatriz ni mancha pigmentaria. Por lo general, no se complica con adenopatías, y, cuando más, hay un ganglio en un lado, ó en ambos á la vez, que toma ligero aspecto flemonoso, para disminuir después rápidamente. Hay veces en que llega á haber supuración; pero esto es muy raro. De cualquier modo, el foco supurado no ofrece la tendencia ni el producto de las úlceras venéreas. El herpes, ora lo provoque el fimosis, ora la poca limpieza, la menstruación, etc., recidiva con facilidad é insistencia; molesta á los enfermos por esta pertinacia más que por los síntomas subjetivos (escaso dolor, ardor, prurito) que la acompañan.

La *Phyriasis* pubiana extiende á menudo sus manifestaciones al pecho y á las cejas, región superciliar y cuero cabelludo. Las lesiones que el mismo enfermo provoca al rascarse, se extienden de un modo considerable. En los grandes labios, en el pene, en el escroto, suele provocar los síntomas del eccema.

El *acarus* de la sarna, en los genitales del hombre, más que en

los de la mujer, provoca trayectos, á veces elevados por exudaciones vesículo-pustulosas y pápulas; al rascarse el enfermo, pueden añadirse sus consecuencias.

Las lesiones del *prurito*, del parasitismo vegetal, los moluscos sebáceos que se ulceran, etc., podrían engañarnos: sin embargo, basta fijar la atención en la parte enferma y en sus inmediaciones, en el aspecto de las afluencias, etc., para evitar todo error.

Las masturbaciones repetidas (*invicem perfecta*), las violencias sobre los genitales, por medio de anillos, ligaduras, etc., ó por desproporción entre el órgano masculino y las vías genitales de la mujer, un grado intenso de orgasmo sexual... provocan contusiones y erosiones en el orificio prepucial, en el frenillo y orificio uretral, en la inflexión del prepucio sobre el glande, según sea éste ó aquel el sitio que sufrió mayor distensión en el funcionamiento de las partes. También los pelos de la vulva pueden irritar é incindir el orificio del prepucio, y más rara vez el frenillo. Las lesiones por ligaduras, etc., son facilísimas de reconocer. Otras se hallan justificadas muchas veces por una condición anatómica (fimosi, cortedad del frenillo, etc.); aparecen al cesar la excitación erótica, pudiendo revelarlas el dolor y la sangre; no tienen tendencia á ampliarse, ni á multiplicarse, ni tampoco á comprometer los linfáticos. El aspecto que tienen basta muchas veces para afirmar á primera vista que no pueden ser úlceras venéreas; curan en su mayor parte más pronto que éstas, y no se hallan dispuestas al fagedenismo, á la gangrena, etc.

La aserción de que *toda ulceración que inoculada al mismo enfermo reproduce una ulceración semejante á aquella de que deriva, es una úlcera venérea*, no tiene hoy las condiciones de una ley rigurosamente inatacable. Sin embargo, por lo general, las inoculaciones cutáneas de pus recogido en pústulas ó úlceras diversas, dan pústulas que terminan por una costra, la cual, al desprenderse, no deja úlceras (falsas pústulas). El exiguo número de las excepciones da mayor fuerza al principio formulado, lejos de destruirle; pero de esto nos ocuparemos muy pronto.

De lo dicho se deduce que las fáciles inoculaciones sucesivas, espontáneas ó artificiales, con el producto de elaboración de una úlcera (emprendidas antes de que haya perdido ó de que se haya quitado su contagiosidad) sirven, en muchos casos, como medios de diagnóstico.

La úlcera venérea es la menos grave de las formas venéreo-sifilíticas. Tiene menos complicaciones y una vida más corta que la blenorragia, y no es tan rebelde como puede serlo ésta en muchos casos.

No es causa de infección constitucional, que, por lo tanto, no habrá que impedir. El fagedenismo y la gangrena son complicaciones que adquieren en ocasiones una pertinacia y una gravedad extraordinaria; sin embargo, esto no ocurre muchas veces.

Además de la higiene general y local (limpieza, ninguna constricción ó compresión, etc.) puede convenir, ora la medicación abortiva, ora la metódica. Mientras dura la virulencia, una úlcera puede multiplicarse en el individuo, lo mismo que en otros, y ofrecer diversas complicaciones.

Destruir, pues, la especificidad de la úlcera, reducirla á una úlcera simple: éste es el objeto del tratamiento abortivo, que consiste en los medios cáusticos ó ectróticos (de *εκ-τρούσειν*, atacar). Los más apropiados son: el nitrato de plata en cilindros, ó mejor en disolución saturada; el ácido nítrico monohidratado; la pasta carbosulfúrica (que se obtiene saturando carbón de madera, pulverizado, con ácido sulfúrico); la pasta de Viena, la de Canquoin, la de cloruro ó nitrato de zinc (1 por 3 de harina). Como el nitrato de plata, ésta no destruye el epidermis; además, su uso va acompañado de poco dolor, y se puede calcular el grosor de la capa cáustica según la profundidad de los efectos que deseamos; por otra parte, deja úlceras que ofrecen gran tendencia á la cicatrización.

La medicación cáustica puede emplearse contra las úlceras recientes, las atónicas y fagedénicas, cuando existe peligro casi inevitable de contagio, sobre todo para otras personas, ó bien bubones (en los casos en que existen úlceras sanguinolentas en el frenillo) ó fagedenismo, principalmente si éste ha atacado otra vez al enfermo. Se debe obrar de un modo uniforme sobre todo el producto morbosos, destruir en una sola vez toda la superficie ulcerada, persiguiéndola hasta sus partes más remotas.

Contraíndican el tratamiento abortivo: las complicaciones que puedan existir (fagedenismo, gangrena), la imposibilidad de obrar sobre la superficie ulcerada en toda su extensión (úlcera uretral, intrauterina, etc.), la previsión de que la cicatriz que seguirá al tejido ulcerado pueda perjudicar á la parte (orificio uretral, orificio uterino, prepucio fimótico), y cuando el aspecto de la úlcera promete una pronta curación. Una úlcera que llegue á ser llaga, puede volver á convertirse en úlcera si obra nuevamente el germen de esta. En la práctica, pues, el tratamiento abortivo no consigue muchas veces el objeto apetecido, ni es tampoco el más oportuno.

Lo mismo que en el tratamiento abortivo, en el plan metódico el enfermo debe moderar la cantidad de los alimentos y bebidas, sobre

todo las alcohólicas, y el movimiento. Tendrá siempre limpia la parte ulcerada y las inmediatas, sin exponer aquélla á tracciones, roces, etc., evitando que sangre. Por lo general, es preferible que la medicación que se aplica sobre las mucosas sea seca; la que se coloca sobre la piel, debe consistir en medios líquidos, proscribiendo los unguentos y substancias grasas.

El iodoformo ocupa el primer lugar entre los medios de reparación: Es antiséptico, no irritante, resolutivo, cicatricial y algo anodino; se le desodorará convenientemente con la esencia de *Eucalyptus globulus* (unas 3 gotas por cada 2 gramos de iodoformo). Cuando aparezcan las granulaciones de buen carácter, se puede continuar con el iodoformo, ó bien aplicar, dos ó tres veces al día, un fomento de agua fenicada al 2 por 100, ó algodón salicilado al 4 por 100. Algunos especialistas emplean desde el principio los fomentos de nitrato de plata, 1 por 25 de agua; pero estos no son siempre de fácil aplicación y además, si molesto es el olor del iodoformo, más molestas son las manchas que produce el nitrato de plata.

[Creemos como el autor que nada hay superior al iodoformo, pues los chancros blandos se curan bajo su influencia con una brevedad de tiempo que admira; el notable práctico inglés Hutchinson dice sobre este particular que su eficacia «es tan considerable que se puede esperar que el chancro no infectante será cada año más raro, pareciendo que en dicho caso produce el iodoformo el más rápido efecto.» (1) Cuando se trata de una erosión chancrosa o chancros pequeños, se lava bien la región con una disolución de ácido fénico al dos por ciento ó ácido bórico al cuatro por ciento, poniendo después el iodoformo pulverizado que cubra bien toda la ulceración y encima un poco de hila seca aséptica ó algodón antiséptico; en dos ó tres días á lo más se consigue la curación, tal es la eficacia de este agente. H. B.]

El nitrato de plata, disuelto en diversas proporciones, ó aplicado directamente en toques con el cilindro, no se presta á todos los estadios; si irrita mucho la úlcera y la inflama, puede agravar la enfermedad existente con la aparición de adenitis; por lo demás, sirve muy bien para destruir granulaciones luxuriantes, hipertróficas, edematosas; para dar vida á una úlcera tórpida.

El cloral disuelto en agua, 1 por 25; el ácido salicílico en polvo, sólo ó con la vaselina blanca, 1 por 4; el salicilato de sosa, el espíri-

(1) *La sífilis* por Jonathas Hutchinson 1888.

tu alcanforado, el alcanfor en substancia ó suspendido en un mucílago gomoso y agua, 1 por 10, el tartrato ferro-potásico en el agua (1 por 4), son buenos cicatrizantes.

Cuando existe una úlcera en el pubis, conviene rasurar los pelos de esa región. La medicación de una úlcera que radique en el orificio del prepucio, puede mantenerse con un trocito de gutapercha, convenientemente dispuesto. Las úlceras en la cara interna del prepucio fimótico, después de hacer lociones abundantes con agua fenicada, al 1 por 100, mejoran con las inyecciones de una disolución de nitrato de plata (1 por 40) que se puede llevar hacia dentro con una torunda de hilas introducida entre el prepucio y el glande. Con un poco de paciencia se pueden aplicar también en estos casos polvos curativos, por medio de un pincel, una sonda ó un insuflador.

En las úlceras del frenillo, que algunas veces lo perforan y en ocasiones no cesan hasta destruir por completo la inserción al glande, importa no ejercer tracciones; si aquél está perforado, se cortará la brida que queda con el bisturí, las tijeras, ó mejor con una ligadura elástica, cortándola entre dos ligaduras, cauterizando toda la úlcera.

Si ésta se halla situada en el orificio uretral, por medio de un lechino de hilas ó algodón y las lociones repetidas, se impedirá la inoculación de la otra parte; pueden ser apropiados al objeto cilindros de iodoformo, que se mantendrán colocados con un trozo de gutapercha aplicado bajo el prepucio.

Si sobrevienen el fagedenismo y la gangrena, convendrá estudiar las condiciones del individuo. En ciertos casos, se disminuirá el uso de los espirituosos y el movimiento; en otros, se corregirá la nutrición general si está deteriorada, etc. La limpieza más esquisita, los anafrodisiacos, una posición que facilite la circulación venosa, los desbridamientos en la gangrena... son medios muy convenientes. Las preparaciones mercuriales, el ioduro potásico, el extracto acuoso de opio (0,08 ó 0,09 en las 24 horas) han dado buenos resultados en algunos casos de fagedenismo.

Localmente: el alcanfor, el iodoformo, el tartrato férrico-potásico, una disolución concentrada acuosa de opio, los polvos de quina, los de carbón, el extracto de saturno con agua, y tintura de opio (2.100 y 5 gramos respectivamente) el baño farádico, la irrigación continua con agua simple ó fenicada, la destrucción de toda la superficie ulcerada con el cáustico actual ó con el potencial, el cocimiento de Pollini... he aquí la lista—bastante larga por cierto—de los medios que han sido recomendados y con los cuales se han conseguido cura-

ciones. Pero esta riqueza oculta una gran miseria, pues no hay pocos casos en que el clínico es impotente, apesar de la abundancia de medios: el fagedenismo puede resistir contra las diversas medicaciones, que eran muy justificadas, deteniéndose por sí solo en un momento dado.

Otras veces, se hace crónico, y dura, con toda su rebeldía, meses y aún años enteros. Los baños de mar, las aguas sulfurosas ó bromoiodadas, el cambio de costumbres y de clima, curan ciertas úlceras fagedénicas que habían resistido á todos los remedios. Ciertas enfermedades intermitentes, por ejemplo la erisipela, pueden producir un resultado idéntico.

LINFOADENOPATIAS

SECUNDARIAS Á BLENORRAGIAS Y ÚLCERAS VENÉREAS. BUBONES (1).

En la piel y en las mucosas, los vasos linfáticos son más superficiales que los venosos; además de ésto, en los genitales su número es mayor. Desde los intersticios cutáneo-mucosos, la linfa, con una presión igual á la intravenosa, camina lentamente; tarda más en llegar al seno de los ganglios, intercalados aquí y allá entre los vasos. Con ésto, sienten más fácilmente las influencias irritantes de las sustancias contenidas en dicho humor.

Como sabemos, desde el principio de una inflamación, aumenta la cantidad y densidad de la linfa que parte del territorio inflamado (2). Esta linfa puede arrastrar hacia los ganglios, en determinados casos, gotitas de grasa, hematies, gránulos de cinabrio, quina, hollín, carbón, sílice, óxido de hierro, células de pus, células epiteliales. En una piel delicada, el simple roce de un objeto áspero puede desarrollar una linfítis. Un foco antiguo de origen inflamatorio, que haya pasado desapercibido mucho tiempo, puede, por exceso de trabajo muscular, es decir, por reducción orgánica y actividad en la corriente linfática, engrosar el ganglio que de él recibe la linfa.

La linfa, cuando es más abundante, más plástica, camina de un

(1) βωω βωω íngle.

(2) Cohnheim, *Lecciones de Patología general*, versión española de los Sres. Carreras, Compaired y París. Tomo 1. Madrid. 1888.

modo más lento, se estanca en el seno de los vasos ó de los ganglios linfáticos, y, con la irritación que determina, llega á inflamarlos. Dicha linfa puede derivar de una simple herida, de un herpes, de un eccema, de un catarro (contagioso ó nó) de los órganos genitales, de la conjuntiva y del ano, y también resentirse del elemento flogístico que acompaña necesariamente á la úlcera venérea (*linfítis* y *adenítis simple* ó *simpática*). Si se insinúa en el vaso linfático ó en los ganglios, el *virus* de la úlcera venérea, y determina allí una especie de inoculación, resultará la *linfítis* y la *adenítis ulcerosa*.

Esta última forma de *linfítis* y *adenítis* secundarias, acompaña también á la sífilis primitiva y se llama, en uno y otro caso, *linfítis* y *adenítis* por absorción. Verdad es que también sobrevienen por absorción las *linfítis* y las *adenítis simpáticas*, pero en estas últimas, la absorción se refiere á algo de extraño al organismo, á un *virus*; se trata, en una palabra, de *linfítis* y de *adenítis virulentas*.

Ocurre algunas veces, aunque raras, que el *virus* de la úlcera venérea y el de la sífilis, llegan á reunirse en un mismo ganglio. Cada uno de ellos puede provocar, al mismo tiempo, lesiones particulares, resultando la *linfítis* y la *adenítis mixta*. En la *adenítis* por absorción, la *periadenítis* es siempre, necesariamente, sucesiva á la *adenítis*. Cuando llegan á enfermar ganglios que la *escrófula* tiene dispuestos á la hiperplasia granulomatosa, resulta la *adenítis estrumosa hiperplásica*. También la *adenítis simpática* y la blenorragica, en tales circunstancias, pueden ofrecer la misma forma.

Lo mismo que la *escrófula* y la leucemia, la sífilis puede determinar infartos ganglionares en varias regiones del cuerpo (*adenítis constitucionales*).

Hasta hoy no poseemos pruebas suficientes para admitir que el *virus* de la úlcera venérea, lo mismo que el sífilítico, puedan llegar al seno de un ganglio y determinar en él una inflamación específica, sin haber manifestado en el tegumento mucoso y cutáneo, que alimenta el mismo ganglio, cierta reacción que indica el punto por donde se ha insinuado (*bubon d' emblée*, de los franceses).

Las *linfopatías venéreas* residen casi exclusivamente en las regiones inguinal, crural y genital.

La *linfítis* es frecuente en los vasos que corren por el tejido celular subcutáneo del pene y de los grandes labios. En el prepucio, en el cuerpo y raíz del pene, los linfáticos enfermos se perciben al tacto bajo la forma de cordones, del grosor de la pluma de una gallina, á veces más gruesos en los puntos correspondientes á las válvulas (*buboncillos*): su número disminuye hacia la raíz de este órgano. El te-

jido conectivo que lo rodea se inflama (*perilinfitis*); la piel se torna roja, etc.; en las erecciones puede haber dolor intenso.

Muchas veces el grado de la linfitis se halla en razón inversa del que ofrece la adenitis. En el ganglio hay exudación y proliferación; de aquí resulta cierta tumefacción, distensión dolorosa, dolor al movimiento y al tacto. Los pequeños focos de supuración pueden disiparse por reabsorción: esto ocurre cuando se trata de una adenitis simple, la cual provoca una irritación que generalmente no es muy viva, y cuando falta la celulitis periganglionar (*periadentitis*) que suele perturbar el círculo venoso-linfático de retorno.

Por lo demás, la linfitis y la adenitis simples, en virtud de la constitución linfática, de los excesos, de medicaciones demasiado irritantes, pueden provocar la supuración, la hiperplasia, y, en ocasiones hasta la periadenitis productiva ó supurativa. Pero, generalmente, al llegar la fase de la induración, la enfermedad se detiene ó se resuelve. Después de padecer un primer ganglio, rara vez enferma del mismo modo el segundo. El pus, tanto de la linfadenitis simple como de la celulitis ambiente, se halla destituido de toda propiedad contagiosa.

La adenitis ulcerosa es más frecuente en el hombre, sobre todo en los casos de úlceras profundas, que sangran con facilidad, descuidadas, y á las que no se aplica la medicación enérgica apropiada. Se ha observado en casi todos los ganglios superficiales, nunca en los intrapélvicos, más que todo en los inguinales y después en los crurales. Rara vez se manifiesta á la vez en ambos lados; por lo general, aparece en él ocupado por la úlcera; con todo, en virtud de las anastomosis, puede presentarse en el lado opuesto. Casi siempre, entre el grupo de los ganglios próximos, enferma el que está más íntimamente relacionado con la úlcera.

La enfermedad se inicia en la segunda ó tercera semana que sigue á la aparición de ésta. Si enferma un linfático, esto ocurre cerca de una válvula; si un ganglio, la inflamación es también muy viva y conduce fatalmente á la supuración, como si la secreción de la úlcera se hubiera depositado dentro del ganglio con una lanceta. Por regla general, una vez invadido así un ganglio, éste salva á los sucesivos; si uno de estos llega á inflamarse y supurar, el pus no suele ser inoculable. Del mismo modo, mientras la cápsula ganglionar está intacta, el pus de la periadenitis no es virulento, é inoculado no da resultados, al contrario de lo que sucede con el pus intraganglionar.

En ocho ó diez días, con ó sin fiebre, con ó sin periadenitis, el bubón suele llegar á ser un absceso maduro. Abierto ó incindido,

puede en dos ó tres días ofrecer todo el aspecto de una úlcera venérea. Como ésta, puede hacerse inoculable, hemorrágico, atónico y gangrenoso; más que ésta, suele dar lugar á desprendimientos cutáneos extensos, senos y fístulas; puede determinar síntomas escrofulosos, enflaquecimiento, piemia, inflamación del testículo y hasta del peritoneo, en virtud de la propagación por la vía inguinal.

La evolución completa de la úlcera venérea ganglionar puede realizarse en cuatro ó seis semanas, pero á veces necesita meses y aun años enteros.

La linfítis del pene es fácil de diagnosticar. Algunos vasillos prepucciales, inflamados y atacados de celulitis, pueden constituir placas de tejido algo indurado. La linfo-perilinfítis situada inmediatamente por encima del surco del glande, puede fijar la lámina interna del prepucio á la vaina del pene, determinando el desarrollo del parafimosis, que puede ser hereditario. En el dorso del pene, la linfoperilinfítis simple suele desarrollarse de un modo lento, y no llega por lo general á la supuración.

La linfo-perilinfítis ulcerosa, en tres ó diez días vacía á través de la piel su producto, y llega á ser una verdadera úlcera.

El bubón puede confundirse con una hernia, con un aneurisma, con un hidrocèle del funículo, con una orquitis (en el criptorquismo), con una varíz de la safena, con una sarcoma inguinal, etc.

Cuando existen al mismo tiempo úlceras venéreas y bubones, en zonas directamente relacionadas entre sí por vías linfáticas, el bubón es probablemente ulceroso: se tendrá en cuenta si la úlcera subsiste todavía, ó se ha cicatrizado poco tiempo antes; si la adenitis ha sido muy aguda, y la fase de reblandecimiento comienza y se difunde con rapidez; si hay también periadenitis, con tendencia muy aguda.

El bubón ulceroso se abre fácilmente por sí solo. A la evacuación del producto sigue un rápido descenso de los tejidos. La adenitis simple es menos aguda, no tiende totalmente á supurar. El pus del bubón ulceroso es sanioso y mezclado con sangre, mientras que la adenitis simpática da un pus flemonoso, de buena índole. La solución de continuidad propia de la adenitis ulcerosa toma pronto, y casi á la vez en diversos puntos, los caracteres de una úlcera venérea; los senos, las fístulas, el fagedenismo, etc. son más fáciles. Es raro que la úlcera del bubón simple llegue á ser muy grande y dé lugar á senos y fístulas; el fagedenismo no le ataca nunca. En ciertos casos, aunque raros, la diferenciación sólo es posible por la inoculación (1).

(1) Sabemos que la inoculación del pus de un bubón ulceroso, hecho inmediatamente

El pronóstico de la adenitis ulcerosa es más grave que el de la simple. La constitución, las complicaciones deben siempre tenerse en cuenta. El bubón que sigue á la úlcera fagedénica suele tender á su vez al fagedenismo.

La linfítis, la perilinfítis simpática, se combaten con unguento de iodoformo y vaselina (1 por 100), con unguento mercurial débil, con tintura de iodo, sola ó mezclada con la de agallas (3 de la primera por 2 ó 1 de la segunda). Los fomentos de agua saturniña ó fenicada, el amasamiento, la extirpación parcial del prepucio fimótico, pueden hallarse indicados según los casos.

En la linfítis ulcerosa, se puede abrir prontamente el tumor, tratando la nueva superficie como una úlcera venérea.

Cuando un tratamiento impropio de la úlcera no ha bastado para prevenir la adenitis, se puede procurar que ésta retroceda.

La *medicación abortiva* tiene mayores probabilidades de éxito cuando se emplea en los 4 ó 6 días primeros de la enfermedad; cuando no se vé frustrada por periadenitis ó por agentes que irriten la parte, ni por influencias constitucionales; ni es provocada, según presunción lógica, por absorción de un *virus* ulceroso. El reposo, la dieta limitada, son necesarios para obtener el éxito apetecido.

[Siempre que hay adenitis es necesario el reposo más completo posible y el uso del suspensorio, pues no es fácil asegurar si supurará ó no. He empleado con resultado, sobre todo en enfermos pusilánimes que temían mucho las curas y en los cuales se agota la paciencia del médico, las pulverizaciones de ácido fénico al tres por ciento, hechas con el pulverizador Richardson, de este modo infiltrándose los tejidos con la finísima lluvia antiséptica, se destruían las noxas flogógenas y podíamos evitar la supuración, como auxiliar de las pulverizaciones, la compresión con el algodón fenicado y una espíca. Cuando la supuración era inminente, después de anestesiar la región con la cocaína, se hacía una incisión con el bisturí en el punto más declive y se curaba con el apósito genuino de Lister y la espíca ligeramente comprimida; la cura hecha de este modo no hay que renovarla más que cada tercer día, y en muy poco tiempo se consigue la curación exenta de complicaciones. Si hay tendencia al fagedenismo

después de su abertura, da casi siempre un resultado negativo. Ricord (1836), entre 338 bubones ulcerosos, inoculados el día de su abertura, solo obtuvo 63 resultados positivos. Recientemente, Strauss (1885) ha confirmado la verdad de este hecho, que las doctrinas de Horteloup y Aubert no explican de un modo satisfactorio. (Véase en la *Revista veneta*, 1885, la *Revista sifilográfica*).

el iodoformo en gran cantidad, sin olvidar nunca los tónicos y la alimentación más reparadora posible.—H. B.]

También se han aconsejado otros medios, de índole muy diversa: 6 á 12 sanguijuelas sobre el sitio enfermo (por más que si la adenitis es ulcerosa podría abrir el camino á la inoculación); la vejiga de hielo, permanente (que se evitará en los reumáticos y en los enfermos del pecho); las embrocaciones con tintura de iodo, sola ó mezclada con tintura de agallas (2 de aquélla por 1 de ésta), y, si la piel no sufre mucho, unida á la tintura de belladona, 3 por 100: conviene además el iodo unido á la glicerina en partes iguales. Si tanto el sujeto como la parte enferma se hallan en condiciones de resistencia, serán eficaces los toques repetidos con el cilindro de nitrato de plata mojado, hechos sobre la piel, cuando es extenso el ganglio; la aplicación de un vëgigatorio volante, que pase algo de su alrededor; la compresión continúa, mejor que todo, con cinco á quince hectógramos de perdigones. La tintura de iodo, los perdigones, los cáusticos vesicantes, parecen los mejores abortivos. También se puede elevar el ganglio, penetrar en él con un bisturí fino, y después, por el mismo camino, dislacerar los vasos con un estilete de botón, haciendo salir cierta cantidad de sangre. Con este medio, lo mismo que con la aplicación de sanguijuelas, parece que se prepara un buen terreno á la ulceración eventual. De cualquier manera, este método, aunque eficaz, se sigue pocas veces.

La punción y el desbridamiento del ganglio no perjudican la parte, aun cuando hubiera en el ganglio algún pequeño absceso (incisión precoz): añadiendo en seguida la compresión y el reposo, se puede ver que la adenitis se repliega—digámoslo así—sobre sí misma y cede por completo.

Cuando el ganglio se ha convertido en un absceso, obtiéndose buenos resultados vaciando el ganglio con un aspirador y lavando después con agua fenicada la cavidad. Algunas veces, aun sin grandes dolores, se reproduce la colección de pus, y es preciso repetir la operación. La antisepsis y la compresión coronan este método de tratamiento.

El bubon simple supurado lo hemos visto disiparse espontáneamente algunas veces, aunque pocas.

En la adenitis ulcerosa supurada, en la adeno-periadenitis (cualesquiera que hayan sido su origen y curso), se hará una incisión tan larga como el absceso, en el diámetro mayor de éste. Además del corte crucial, conviene, si los bordes son desiguales, escindirlos, sobre todo el inferior. Si el trozo de piel levantado está sano y es ám-

plio, sólo se cortará en la parte más declive. Algunas veces están convertidos en pus uno ó más ganglios. Si son gruesos, compactos, ó bien caseosos, supurados, etc., es preciso extirparlos totalmente, ó al menos en gran parte, previas las más rigurosas precauciones anti-sépticas, y después raspar el resto con el cuchillo. En los bubones hemorrágicos, además de los medios antes indicados, podrá convenir el percloruro de hierro al 30^o, el cloruro de zinc al 3 ó 7 por 100, y hasta el termocauterio. Rara vez llegan á ser necesarias la compresión y la torsión de los vasos.

La posición del operado debe favorecer la salida del pus é impedir que se insinúe bajo la piel. Las lociones fenicadas y estimulantes, algunos toques con el nitrato de plata, suelen bastar para la cicatrización de un bubón simple. Si éste se convierte en una úlcera, se combatirá con los mismos medios que contra ella se usan.

Cuando no hemos sabido prevenir los desprendimientos más ó menos extensos, los senos, las fístulas, etc., ni aun con las embrocaciones y las inyecciones de tintura de iodo ó de nitrato argéntico, habrá que recurrir á las contraberturas, las escisiones, las secciones con el escalpelo ó la ligadura elástica. Los medios de dilatación lenta (esponja y laminaria) el drenaje... rara vez merecen ser usados. Los medios menos enérgicos no suelen servir para nada. En los casos de escrofulosis, los vendajes compresivos, el amasamiento, los baños generales tónicos, producen efectos muy beneficiosos. La hiperplasia del tejido conectivo bajo la piel, en torno de los músculos y de los vasos, puede también mejorar de este modo. Algunas veces son necesarias la extirpación de ganglios y la escisión de bridas conjuntivas.

VEGETACIONES

CONDILOMAS ACUMINADOS, PAPILOMAS.

Son escrecencias—en realidad, ni venéreas ni sifilíticas—que se elevan con más ó menos rapidez sobre las mucosas de los órganos genitales y piel contigua, á consecuencia de irritaciones ligeras, pero prolongadas. Se hallan caracterizadas por la hipertrofia de las papilas y epitelio de revestimiento, en proporción muy diversa. Aun en las mayores masas observadas, faltan los filamentos nerviosos. La observación clínica más rigurosa no excluye su contagiosidad.

Se encuentran con frecuencia relativa en el hombre: son comunes en las personas que han padecido ó padecen fimosis, balano-postitis, uretritis, vulvitis, úlceras venéreas. El acúmulo y descomposición del sebo en la cámara prepucial y en la vulva, la poca limpieza, la diabetes, un catarro, un eccema de curso largo, aun en niños de pocos años ó de pocos meses, son causas abonadas de tal enfermedad,

Los autores antiguos las llamaron *carnositates*, *thymi*, *formicæ*, *cristæ*, *mariscæ*, etc.; los modernos, *coliflores*, *crestas de gallo*, *moras*, etc., según la forma. Esta, lo mismo que el tamaño, dependen en gran parte de su sitio de origen y de las compresiones que deben sufrir. En la esfera genital, residen á menudo en los lados del frenillo, en el surco del glande, en el orificio de la uretra, en otros puntos del glande, en la piel del pene, del escroto, de los músculos, del perineo, del infundíbulo anal y en el orificio del ano. Estas últimas partes enferman más á menudo en la mujer, en la cual son más frecuentes en la vulva, menos en la vagina, en el orificio y en el conducto uretral; en la superficie externa é interna del cuello del útero.

Dichos papilomas, ora *sesiles*, ora *pediculados*, ora *simples*, ora con uno ó más órdenes de *ramificaciones*, tienen un crecimiento gradual, progresivo; no sufren nunca involuciones espontáneas. La compresión, el calor, las secreciones, los exponen á maceraciones, á reblandecimientos, á hemorragias é inflamaciones de diverso grado y con distinta terminación. Los tejidos próximos ejercen una influencia variable. De aquí las postitis flemonosas, gangrenosas, las ulceraciones fétidas en el ano y en los ganglios, la posibilidad de adenitis, fiebre, anorexia, enflaquecimiento, etc.

Los papilomas que nos ocupan poseen una extraordinaria aptitud para reproducirse.

Ya veremos cómo pueden distinguirse de las pápulas húmedas: en el pene, se han confundido algunas veces con el epitelioma. El epitelioma es más frecuente en los viejos, aparece por un solo foco, que es un tubérculo y que después se ulcera: en torno suyo, surgen después nuevos tubérculos que amplian el foco. A la vez engruesan uno ó varios ganglios vecinos. Siguen dolores, gravativos unas veces y lancinantes otras, en el foco neoplástico, que puede tener base y areolas duras, gruesas, ligeramente elevadas: el conjunto progresa con cierta lentitud, en términos que algunos individuos se presentan al médico al cabo de ciertos meses y aun años de enfermedad. Las vegetaciones son más frecuentes en los jóvenes; comienzan, generalmente, con varios focos que crecen en varias formas, y en diversos

puntos; por sí solas, no ofrecen tendencia á ulcerar ni á comprometer los linfáticos, ni á producir dolor; su vascularización puede ser considerable; cuando se las escinde, las heridas resultantes se curan con rapidez; el enflaquecimiento general y la caquexia sobrevienen tan sólo cuando hay absorciones sépticas y fiebre, y aun que son muy excepcionales tienen un curso bastante más rápido que cuando se trata de una caquexia cancerosa.

El acné, el molusco sebaceo, los pliegues perianales hipertróficos, los nódulos hemorroidales, pueden distinguirse—fijando bien la atención—de las vegetaciones.

La clínica ha demostrado la posibilidad de que un epiteloma se convierta en en mioma.

En la vagina de las embarazadas, la congestión provoca elevaciones papulosas, diseminadas, á veces numerosísimas, que pueden sufrir la maceración del epitelio y que, al verificarse el parto, se disipan en pocas semanas por sí solas.

Son muy raros los casos de pronóstico reservado, y más aun los de pronóstico funesto; por lo general, las vegetaciones son productos de poca importancia y de fácil tratamiento.

Se deben alejar todas las causas de irritación. Si las vegetaciones residen en los genitales de mujeres embarazadas y su desarrollo es considerable, convendrá los detersivos, los astringentes (cloruro de hierro ó de zinc); si, por las complicaciones ó molestias algo graves que mantienen, ó porque probablemente harán difícil ó peligroso el parto, se las debe alejar de los genitales femeninos, procurando evitar, al hacer la sección, las posibles hemorragias, que en las embarazadas pueden tener consecuencias funestas.

Las *papilas hipertróficas* de la corona del glande, lo mismo que las *vegetaciones granuliformes* de que hablamos, pueden indicar el uso de los calomelanos, del óxido de zinc, ó de los fomentos astringentes. El ácido fénico, en su delicuescencia ordinaria, ó con algunas gotas de alcohol, el ácido nítrico monohidratado, el clorhídrico, el deutocloruro de mercurio en disolución acuosa ó alcohólica suturada, (1:3) han sido aplicados á las prominencias algo mayores. Se procurará introducir el cáustico, con un estilete apropiado, en el interior del tumor, ó mejor se le destruirá en su base. Cuando llegan á tener las dimensiones de un grano de maíz y aun más, y son blandos y numerosos, conviene usar el líquido de Plenck (en cuya composición entra el deutocloruro de mercurio, alumbre crudo, carbonato de plomo, alcanfor, espíritu de vino y ácido acético), ó bien una mezcla de polvos de sabina y alumbre, en partes iguales, que se

empleará repetidas veces para espolvorear las partes. Si son duros, no muy grandes ó pediculados, se practica la escisión. Hay algunos tan frágiles, que pueden separarse con una ligera legración. Contra las vegetaciones grandes y muy vascularizadas, se recurrirá á la ligadura en masa ó á las ligaduras parciales, con objeto de separarlos por la base, sin interesar mucho la piel inmediata, ni provocar una gran reacción nêrviosa.

La galvano-caustia, el termo-cauterio, son también medios que pueden utilizarse en algunos casos de vegetaciones. Sin embargo, entre todos ellos, el que da mejores resultados es la escisión. Con unas tijeras curvas ó un bisturí, se debe separar todo el tejido que sobresale y forma el papiloma. El dolor puede calmar con el clorhídrico de cocaina (4 por 100), y de todos modos dura poco. No va seguido de inflamación, y la curación es pronta y duradera. Las aplicaciones detersivas astringentes, etc., pueden combatir después el elemento causal y provocar la curación definitiva.

[En las salas á mi cargo del Hospital General, he tenido reciente mente un caso de papilomas que habían adquirido un tamaño grande (próximamente el de una naranja mandarina) en una joven de 17 años, situados en los márgenes del ano y que habían sido tomados por un tumor hemorroidal; pero bastaba separar los glúteos para explorar el ano y se veía que nacían de la piel que rodea á dicho orificio por ocho ó diez pedículos, y que juntos en su extremidad libre daban el aspecto de un trozo de coliflor; en la vulva, en el labio izquierdo y también en la piel tenía otro del tamaño de una avellana. Con el asa galvano-cáustica (préviamente anestesiada la enferma) se quitaron parte de los que rodeaban la margen del ano, pero habiéndose descompuesto el galvano-cauterio en el momento de la operación, con las tijeras curvas cortamos todos los demás, y para cohibir la hemorragia y evitar la reproducción del papiloma, con el termo-cauterio de Paquelin se cauterizó el punto de implantación de todos los pedículos, después se hicieron las curas con el iodoformo y á los tres ó cuatro días estaba curada la enferma. H. B.]

SEGUNDA PARTE

ENFERMEDADES SIFILÍTICAS.

GENERALIDADES

Se designa con el nombre de *sífilis* una enfermedad virulenta, contagiosa, inoculable, constitucional, susceptible de transmitirse por herencia; capaz de atacar, en la duración indefinida de su proceso, todos los órganos, todos los tejidos de la economía; haciendo nacer, en épocas diversas, lesiones múltiples y variadas, de las cuales los tres tipos generadores más específicos son, el orden de su evolución ordinaria: primero el sífiloma, después la pápula y luego el tubérculo y el goma (Mauriac).

La sífilis es, pues, una enfermedad por infección (1). Se transmite, merced á un *virus* especial, por contagio ó por herencia. El contagio procede, ora de algunas manifestaciones patológicas, ora de la sangre.

[La sífilis data desde los últimos años del siglo xv, en 1493 próximamente, cuando regresaron de América los primeros expedicionarios que capitaneaba Cristóbal Colón; si hubiese existido en la antigüedad como pretenden algunos autores, dadas las costumbres, hábitos, modo de vivir, relaciones sociales, etc. de la antigüedad, no hubiese podido pasar la sífilis con sus caracteres especiales tal como hoy la conocemos, desapercibida, pues se hubiera extendido con gran rapidez, y las descripciones de ella serían tan concluyentes como lo son las de otras enfermedades perfectamente conocidas por los antiguos.

(1) En este grupo la estudian todos los Patólogos modernos. — V. Liebermeister, *Leciones de Patología interna*, (t. I. Enfermedades infecciosas) versión española del Dr. M. Carreras Sanchis. Madrid, 1887.

Lo que no cabe duda es que las enfermedades venéreas que al principio se consideraban como idénticas á las sifilíticas, se conocían por los antiguos que describen las enfermedades contagiosas contraídas por el coito, que han existido siempre y en todos los países. El catarro virulento de la uretra y de la vejiga en particular, con todas sus complicaciones se conocía desde la más remota antigüedad, y lo mismo las úlceras ó chancro blando. Es indiscutible que á los médicos españoles debe la humanidad las primeras y mejores descripciones que se hicieron de la sífilis; el inmortal Francisco López de Villalobos, médico de cámara de del emperador Carlos V, escribió su *Tratado en verso sobre las contagiosas y malditas bubas*.

Ruíz Díaz de Isla, en su *Tratado del morbo serpentino*, obra impresa en Sevilla, en 1542; D. Luis Lobera de Avila, en su libro *El mal de buas*, impreso en Toledo en 1504, etc., etc., en esa pléyade de brillantes médicos se pueden leer los curiosos detalles de esta enfermedad admirablemente conocida y descrita por ellos como *nueva y nunca vista ni leida en obra alguna*. De España pasó á Italia y luego á Francia, extendiéndose después por todo el globo dadas las relaciones sociales, comerciales, las guerras, etc., de todos estos países.—H. B.]

Inoculada la materia contagiosa, la investigación más detenida, durante 2 á 4 semanas, no permite encontrar el menor indicio de la enfermedad que se desarrollará (*primera incubación, incubacion del sifiloma*). Precisamente en el sitio en que ha sido depositada y en que parecía dormida la materia insidiosa, aparece después una alteración (*sifiloma*) á la cual sigue muy pronto el engrosamiento de las vías linfáticas más próximas. Con esto se completa el cuadro de la *sífilis primaria*.

Esta falta generalmente en las infecciones que se realizan en el interior de la cavidad uterina (sífilis hereditaria); por el contrario, en las que se verifican de otro modo (sífilis adquirida) la forma que hemos descrito constituye la primera etapa de la enfermedad, la puerta de entrada necesaria de la misma, la forma sin la cual no es posible la intoxicación del organismo.

Desde las vías linfáticas más próximas, la lesión se difunde sucesivamente; pónense tumefactos los ganglios superficiales y también los profundos, cavitarios. En tanto, el germen infeccioso va invadiendo, no sólo la sangre, sino también todos los tejidos del organismo. Y esto en el espacio de uno ó más meses de trabajo insidioso, pero incesante, faltando casi siempre en absoluto todo síntoma, hasta que en los últimos días (*segunda incubación, incubación de la*

sífilis constitucional) aparecen ciertos signos que rompen esa monotonía.

Cuando el germen morbosos se ha acumulado en proporciones suficientes para vencer la resistencia del organismo, da indicios de la saturación orgánica. Precedidas por lo general de síntomas prodrómicos, aparecen lesiones que acusan el desequilibrio, el estado general virulento, y hacen pensar en lo porvenir.

Tales alteraciones, variables en su aspecto y curso, representan siempre el resultado de una inflamación crónica. Todas ellas, y siempre, interesan la trama conjuntivo-vascular que deriva de la hoja blastodérmica media. Sucesivamente, pueden estar interesadas (como por segunda mano) las fibras musculares, las fibras nerviosas, y hasta los elementos específicos de los diversos órganos y tejidos, pero la lesión parte siempre del tejido conjuntivo. En este se realiza la inflamación morbosos que, en poco tiempo, puede comprometer los elementos anatómicos que reviste ó cubre.

Dicha infiltración consta de los elementos linfocitos comunes, que se agrupan en focos. Cuando la enfermedad es reciente, el número de estos es grandísimo; pero, á medida que la afección va haciéndose antigua, van escaseando, y en cambio, se hacen cada vez más profundas. Residen en los tegumentos ó bien en la trama de las vísceras y de los órganos, representan manchas, nódulos, placas de infiltración y hasta una especie de tumores. La resolución, las ulceraciones, la eliminación necrótica, la esclerosis, pueden (de diversos modos y con más ó menos rapidez é intensidad) atacarlas, destruirlas y hasta destruir el tejido normal comprendido entre ellos. Las series más variables de eflorescencias se suceden, se entrelazan, se mezclan entre sí. Resulta entonces una enfermedad, en ocasiones verdaderamente extraña, diversa en cada sujeto, y no tanto por las propiedades intrínsecas del virus, cuanto por la resultante de las mayores ó menores resistencias y vulnerabilidad, que en patología constituyen el individualismo.

Esta enfermedad específica crónica, *totius substantiæ*, en un individuo dura tres ó cuatro meses; turba y atormenta á otro durante años ó decenios enteros; en alguno visita tan solo la piel, en ella nace y en ella muere, sin haber causado grandes molestias; en otro interesa la piel, los huesos, el cerebro, etc.

La sífilis es, sin duda alguna, la enfermedad que, además de ser muy insistente y variada en el grado y sitio de sus ataques, es también la más caprichosa, la más proteiforme. Se ha dicho que puede confundirse con muchas enfermedades, y, admitido esto con al-

guna discreción, el aserto es justo. Por otra parte, existe gran influencia mútua entre la sífilis y la escrófula, el raquitismo, la tuberculosis, el alcoholismo, etc. Aquella y estas se combinan, se provocan, se suman, constituyendo alianzas, hibridismos—digámoslo así—que revelan una forma grave de la afección, y que á menudo ponen á prueba la mayor sagacidad y la previsión del observador.

Puede decirse que en algunos casos la semilla no encuentra terreno abonado, pues languidece y se destruye prontamente; en cambio, otras veces es aquél tan apropiado, que se desarrolla en proporciones enormes. Por lo general, el mal da sus frutos y no siempre es fácil extirparle y destruir sus raíces. Con todo, las predisposiciones individuales son muy diferentes, y así, de dos individuos que hayan adquirido la sífilis en el mismo sitio, uno puede curar casi espontáneamente, mientras que el otro la padece largos años y aun el resto de su vida.

La sífilis es, indudablemente, una afección curable. En la mayor parte de los casos, en nuestros climas, con nuestra civilización, no es enfermedad de gran importancia; con todo, queda un núcleo de sífilíticos, cuyo porvenir está envuelto por la oscuridad, que el tratamiento y la higiene alivian, pero sin que el médico pueda formular favorables y fundadas presunciones.

Transcurrida la segunda incubación, con ó sin prodromos, suelen aparecer erupciones cutáneas, bajo la forma de manchas, de pápulas, etc. Lesiones análogas se declaran en las mucosas de las partes ano-genitales y bucofaringo-laríngeas. Obsérvanse dolores en los huesos, en las articulaciones, etc., alteraciones de los pelos, de las uñas, del iris, del epidídimo, de las vías biliares, etc., lesiones casi siempre superficiales, fugaces, completamente resolutivas, y que constituyen el llamado *período secundario*.

Más adelante, pueden formarse grandes úlceras en la piel y en las mucosas, cáries, exostosis, tumores é infiltraciones difusas granulomatosas (*gomas*) en el parénquima de los diversos órganos y tejidos, y, como consecuencias, cicatrices extensas, perforaciones y destrucciones del velo del paladar, del paladar óseo, atresia del istmo de las fauces, hundimiento de la nariz, graves trastornos del mielencéfalo y de los órganos de los sentidos, afasia, parálisis, epilepsia, ceguera, desorganización y hasta destrucción del elemento funcional propio del hígado, de los riñones, de los testículos, de la médula espinal, etcétera: éste es el llamado *período terciario*. En él las lesiones son pocas en número, pero tan importantes, que demuestran haber ganado en gravedad y en profundidad lo que han perdido en número. La

ulceración, la destrucción, la atrofia, las cicatrices, son, en este período, consecuencias inevitables (1).

Por lo que acabamos de decir, se ve que no es exacto el asegurar que la enfermedad ataca al organismo, primero en las partes superficiales y después en las profundas; puede atacar en ambos períodos á éstas y aquéllas, si bien existen diferencias en el grado de la lesión, que al principio es superficial y después va haciéndose cada vez más profunda.

En muchos casos, las manifestaciones secundarias no van seguidas de las terciarias; éstas no necesitan ser precedidas de aquéllas. Por lo general, á la sífilis primaria sigue la secundaria: ésta abre el camino á las manifestaciones terciarias, que, aunque raras, aparecen con mayor frecuencia de lo que se cree.

Las manifestaciones del segundo período suelen ser numerosas, superficiales, resolutivas, es decir, que dejan poco ó ningún indicio de su paso, se desarrollan en un espacio de tiempo variable (de 1 á 2 años en ocasiones y de 5 á 7, otras veces) pero siempre limitado; son transmisibles por contagio y también por herencia.

Las manifestaciones del tercer período, en cambio, son en número escaso, interesan gravemente los tejidos y suelen dejar vestigio permanente de su paso; pueden manifestarse una ó más veces, en sitios muy diversos, sin límite de tiempo: no tienen carácter de transmisibilidad, ni por contacto ni por vía hereditaria: diríase que la virulencia se convirtió en diatesis, como ésta puede conducir más tarde á las degeneraciones, á la caquexia.

El tratamiento descansa siempre en este trípode: la higiene, el mercurio y el iodo. La primera es utilísima en todas las fases y en todos los individuos, para prevenir las manifestaciones morbosas, mantenerlas dentro de ciertos límites y evitar sus progresos; los dos medicamentos citados son tan eficaces, que merecen el título de *específicos de la enfermedad*. En el fondo, es muy discutible si tales agentes tienen propiedades preventivas: en cambio, es innegable que poseen una virtud curativa evidente, la cual parece tanto más maravillosa cuanto más graves son las alteraciones. Unas veces conviene el mercurio, en otros casos el iodo, en ocasiones ambos á la vez; la dosis de uno y otro variará según el modo cómo estén combinados tales ó cuales fenómenos morbosos: aunque antigua, nunca se repeti-

(1) Cohnheim, *Lecciones de Patología general*. Edic. esp. traducida por los Sres. Carreteras, Compaired y París, Madrid, 1888.

rá bastante la frase—tantas veces usada por el gran terapeuta Fonsagrives—de que el médico no tiene que tratar enfermedades, sino enfermos.

La higiene, la terapéutica, el tiempo, pueden indudablemente librar á un organismo de la sífilis, *purificándolo*—digámoslo así—de modo más ó menos completo. Pero ¿cuándo puede considerarse curado un sifilítico?

A esta pregunta contestaremos en el lugar correspondiente.

ETIOLOGÍA DE LA SÍFILIS.

ORÍGENES, VEHÍCULOS Y TOPOGRAFÍA DEL CONTAGIO.

Ora tenga su origen la infección en el óvulo, por parte de la madre que lo suministra, ó del padre que lo fecunda; ora se realice la infección del embrión ó del feto (*sífilis hereditaria*) ó del producto de la concepción, cuando atraviesa los genitales maternos (*sífilis congénita*), ora, en fin, se verifique en la vida extrauterina (*sífilis adquirida*, que comprende la congénita)... para que sobrevenga es siempre necesaria la penetración, en el óvulo ó en el organismo, del principio contagioso suministrado por otro sujeto que padece la misma enfermedad.

Dicho principio se halla contenido y elaborado en ciertas eflorescencias sifilíticas y en la sangre. Esta y los exudados de algunas de aquéllas son sus receptáculos ordinarios.

Por lo demás, la observación y el experimento han demostrado como hechos positivos:

- 1.º Que el sífiloma puede derivar de otro sífiloma y de diversos accidentes cutáneo-mucosos del período secundario;
- 2.º Que las manifestaciones terciarias no pueden determinar la infección, ni por inoculación ni por contagio;
- 3.º Que la sangre puede transmitir la enfermedad durante el período secundario, pero no—según la mayoría de los especialistas—durante las manifestaciones terciarias;
- 4.º Que los productos de las secreciones fisiológicas, en un sujeto sifilítico—lágrimas, saliva, sudor, leche y esperma (?)—no transmiten el contagio;
- 5.º Que los humores patológicos procedentes de un individuo infecto (excluyendo las lesiones específicas) no son capaces de provocar la enfermedad en un individuo sano; y

6.º Que cuando se inoculan, casualmente ó por vía experimental, los productos contagiosos del primero ó del segundo período, ó bien la sangre misma, el fruto que se obtiene es invariablemente el mismo: siempre el sífiloma, en el punto en que se hizo la inoculación.

Las manifestaciones que hemos mencionado son aptas para producir el contagio en cuanto segregan productos flúidos. Es probable que también las partes sólidas que entran en su estructura se hallen dotadas de la misma propiedad; pero un sífiloma cerrado, lo mismo que una eflorescencia íntegra, que no segregue líquido, ni dé sangre, no determinan el contagio en los demás: vemos, pues, que, aun en los primeros períodos, un enfermo de sífilis no constituye siempre una amenaza para los sujetos sanos.

Resulta de lo dicho que es bastante difícil trazar una línea recta que separe claramente las lesiones sífilíticas no vírulentas de las vírulentas. Todas las que se manifiestan durante los tres ó cuatro primeros años de la enfermedad, y á veces aun pasado este límite, suelen ser contagiosas. No debe negarse, sin embargo, que, aun dentro de estos límites, hay manifestaciones secundarias (pápulas húmedas) que pueden coincidir con algunas terciarias (tubérculos, pápulas).

Parece que el tiempo aminora y aniquila la virulencia, y es lo cierto que la observación clínica y el experimento (1) comprueban la inocencia de los tubérculos y de los gomias sobre los sanos (2). Por

(1) En 1865, Tanturi, de Nápoles, inoculó impunemente, á un sujeto no sífilítico, los productos de un enorme goma cutáneo. Profeta, de Palermo, hizo lo mismo en 1875 con un tubérculo, sin ningún resultado.

(2) Una reciente conferencia dada en Viena por el Dr. Lang, sobre las *Vías de propagación y el tratamiento de la sífilis*, ha provocado viva discusión entre los especialistas de Austria. Rabl no acepta la opinión de Lang respecto á la infecciosidad de los gomias, pues ha observado casos que prueban lo contrario. Un hombre de 38 años atacado de sífilis nueve años antes de su matrimonio, se presentó al Dr. Rabl con un goma perióstico de la cara anterior de la tibia. Este hombre habla tenido tres hijos algo débiles, pero sanos; su mujer quedó embarazada de nuevo, y él recién nacido ofreció todos los síntomas de la sífilis hereditaria. El padre padecía, pues, sífilis terciaria al procrear aquel niño. Otro hombre, que 11 años antes había tenido sífilis y que parecía completamente curado, se casó; su mujer se hizo embarazada, y contrajo la sífilis. El niño presentó todos los síntomas de la sífilis hereditaria, que transmitió después á la nodriza. El período terciario no es, por lo tanto, tan inocente como pudiera creerse.—El Dr. Ehrmann cita, para probar la inocuidad de los productos terciarios, el caso de un joven á quien á los ocho años de la invasión sífilítica, se presentó un goma del escroto, adherente á la túnica albuginea. El goma persistió meses enteros, durante los cuales procreó un niño que nació de término y no presentó ningún síntoma de sífilis. Schiff ha observado muchas veces que los hombres en quienes la sífilis es reciente, engendran niños sanos; mientras que otros sujetos padecieron la afección algunos años antes, y curados al parecer, procrean niños sífilíticos.—Zeissl no cree que estamos au-

lo demás, si estos productos llegaran á *madurar* algunos meses después de verificarse la infusión, como ocurre en algunas formas malignas, entonces no sería justificado el sostener, de un modo absoluto, su no virulencia: otro tanto podría decirse de los casos en que la concomitancia de alteraciones secundarias demuestra la contagiosidad del sujeto.

En 1862, en Rivalta (Piamonte) el vacunífero Manzoni no tenía aún en el sitio de las pústulas el sifiloma á que se había dado ocasión el día en que se le vacunó, es decir, diez días antes (primera incubación) cuando sus pústulas vacunas dieron el pus mezclado con sangre, que sirvió para infectar á 36 vacunados. Este hecho podría hacer creer en la contagiosidad de la sangre en el estadio presifilomatoso; y podría quizás explicarse invocando la permanencia en su puesto del *virus* transmitido al niño, al vacunarle, y que no había ejercido aún su actividad específica (Rollet). Por nuestra parte, no tenemos inconveniente en asociarnos á dicha interpretación, pues ignoramos si la sangre es contagiosa aun durante todo el período primario. Por el contrario, tenemos pruebas suficientes para juzgar la *sangre contagiosa en el período de las manifestaciones secundarias*.

A las pruebas experimentales añade Mauriac, como comprobación clínica, el caso de una mujer que fué infectada por su marido sifilítico, libre á la sazón de manifestaciones exteriores, pero que tuvo durante el coito una ligera hemorragia del pene, cayendo algunas gotas de sangre en la vagina (1).

Diday emprendió 17 inoculaciones de sangre recogida de un enfermo que tenía diversas periostosis no supuradas; y el Dr. Profeta, de Palermo, hizo un experimento análogo, sin que en ninguno de los casos llegaran á contraer la afección los individuos inoculados.

Ahora, por lo que se refiere á la contagiosidad de la sangre, no basta apoyarse en la base semicrológica; también debe tenerse en cuenta la posible precocidad de los síntomas terciarios, y no parece

torizados, hoy por hoy, para resolver la cuestión en pro ó en contra de la infecciosidad de los gomas. Por último, el Dr. Lang persiste en creer que los gomas no son infecciosos. Deduce esta opinión, no sólo de la experiencia, sino también de las observaciones clínicas. Los hechos citados por Rabl hablan también en favor de esta opinión: porque si Rabl, con su larga experiencia, no puede citar más que dos casos contradictorios, esto prueba que en los demás fué por lo menos rara la infecciosidad de los productos terciarios. Por lo demás, estos hechos prueban sólo la herencia, pero no la infecciosidad de los gomas. (*La Medicina práctica*, núm. 16, Enero 1889.—*N. del T.*)

(1) Fundado en este mismo hecho, el Dr. Mauriac ha formulado algunas dudas respecto á la inocuidad, en este sentido, de las relaciones sexuales durante el flujo menstrual.

descaminado presumir que en algunas infecciones intervenga cierta coordinación cronológica de las manifestaciones.

Al porvenir toca resolver cuándo la linfa que vive en continuo comercio con la sangre y con los tejidos, es infectada por el virus, como probablemente lo está en gran parte de la enfermedad.

Los productos de las secreciones fisiológicas, exentos de sangre, y de detritus de lesiones sifilíticas, introducidos experimentalmente varias veces, dieron resultado negativo, y la observación enseña que la saliva (1) y la leche (2) de los sifilíticos no intoxica á las personas que se hallan libres de la enfermedad.

Las inoculaciones del líquido seminal, repetidas en diversos momentos de la afección (Mireur) fracasaron también por completo. Ahora bien, como el semen de un hombre enfermo parece que puede infectar á una mujer cuando ésta quede embarazada, y además, como es posible que un hombre sifilítico tenga, en casos escepcionales, hijos también sifilíticos, de madres que seguramente están sanas... la inocuidad del semen no se halla al abrigo de objeciones y reparos.

Cuanto á los productos patológicos, Rollet y Basset han inoculado repetidas veces moco-pus blenorragico, pus de úlceras artificiales procedentes de sujetos sifilíticos; otro tanto han hecho Bidentkap y Diday, con pus recogido en pústulas acnéicas, con exudado eczematoso, y siempre inútilmente. Los Sres. Bidart, Montain, Schreier, y Taupin inocularon y transmitieron, repetidas veces, vacuna procedente de pústulas existentes en los brazos de sujetos que padecían la sífilis. Tales hechos hicieron creer que el pus vacuno sólo es capaz de infectar cuando está mezclado con la sangre y no cuando se halla en toda su pureza, privado de aquella (Viennois). Con todo, no son irracionales los peligros que algunos atribuyen á las laminillas epidérmicas (Bakeswel, Taylor) á los leucocitos (Carter) y aun á la linfa (Simmonnet).

Las lesiones secretorias del primero y segundo períodos ofrecen una especial predilección por algunas regiones del cuerpo, en las cuales se agrupan. Las formas primarias residen, con mucha más frecuencia que en ninguna otra parte, en los órganos genitales. En

(1) Los Dres. Vidal, Diday y Profeta hicieron inoculaciones á individuos sanos, con sudor, lágrimas y saliva de sifilíticos y el éxito fué siempre negativo.

(2) El Dr. Padova (1867) refiere seis inoculaciones practicadas á un compañero y á una mujer; de otras dos habla el Dr. Profeta: todas ellas sin consecuencias.

esta región (aun más en la mujer que en el hombre) tienen asiento muy frecuente las pápulas húmedas y las placas mucosas, alteraciones tan fecundas en infección. Igualmente abundan, en las mujeres, las lesiones próximas al ano, que es un foco mucho más peligroso desde la mujer al hombre que viceversa. En los niños y en los hombres adultos, además de la región génito-anal, multiplican las infecciones los labios, la boca y la nariz. En el período de la lactancia —y sólo en casos excepcionales fuera de él— la mama puede ser invadida de sífilis; generalmente, ofrece dicho órgano el sífiloma y muy rara vez los síntomas secundarios secretores. En tales condiciones, por medio de la lactancia, el niño suele sufrir la infección con lesiones secundarias, mientras que la nodriza sigue padeciendo las iniciales.

Las regiones génito-anales, la boca y la mama son, pues, los puntos por los cuales comienzan más á menudo las infecciones; los centros en los cuales se elabora y multiplica el veneno; las localizaciones desde donde puede transmitirse á otro individuo, tanto en el cambio de afecto sexual, como en el delirio de la lujuria.

ESENCIA DEL VIRUS SIFILÍTICO

MODOS DE CONTAGIO.

Los diversos fluidos fisiológicos y patológicos del cuerpo—la sangre, las lágrimas, la saliva, las orinas, el semen, el suero, la linfa, el moco y el pus—pueden, según las circunstancias, servir de mensajero, de medio de transporte al *virus*.

Los ácidos y los álcalis concentrados, el cloro, el alcohol, los éteres, las esencias... neutralizan más ó menos su poder. No sucede así con el jugo gástrico (Padova). Puede disminuir la fuerza del *virus* (y así ocurre muchas veces) la dilución en gran cantidad de líquido; en cambio, el pus que le acompaña puede llevar á los tejidos cierta influencia irritante.

El *virus* no abunda necesariamente donde existen en gran cantidad los corpúsculos de pus, como lo hace el *virus* de la blenorragia y de la úlcera venérea.

El éxito de las inoculaciones demuestra la presencia del *virus* en la serosidad más sutil, en la cual nada tan sólo una pequeñísima cantidad de elementos figurados (glóbulos de pus, células epiteliales y granulaciones). Existe también en el líquido transparente, semejante á una ligera disolución de goma, que barniza la superficie de

las soluciones de continuidad (erosiones, exulceraciones, úlceras primarias y secundarias) de donde rezuma bajo la forma de gotitas transparentes: en ésta, pues, lo mismo que en las eflorescencias y en la sangre, podemos admitir la existencia del virus de la sífilis.

Desde hace cincuenta años, se ha afirmado repetidas veces que la virulencia es debida á *microorganismos*, habiéndose fijado la atención en muchos de ellos á saber: el *vibrio lineola* de Donné, 1836; los *microcochi* de Hallier, 1869; los *esporos* de Klotzsch, 1870; la *cripta syphilitica* de Salisbury, 1870; los *corpúsculos* de Losterfer, 1872; la *Elicomonada* de Klebs, 1878; los *esporos y micelios de color cobrizo*, de Culter, 1878; las *formas de zooglea* de Pisarewski, 1880; los *micrococos unidos en grupos de dos ó tres*, de Aufrecht y los de Obraszow, 1981; los *micrococos unidos en términos que parecen bacilos*, de Birch-Hirschfeld, 1882; las *dos especies de bacterias* y los *micrococos* de Martineau y Harmonic, 1882; los *micrococos* de Letnik; 1883; y de Barduzzi, 1884; de Torrery y Marcus, 1884; el *bacilo* de Lustgarten, 1884, etc., etc.

[El Sr. Mendoza, jefe del Laboratorio del Hospital de San Juan de Dios, dice que no encuentra diferencia ninguna específica en lo que se refiere al método de la tinción por coloración de los bacilos descritos en la sífilis por Zurtgarten, como ha tenido ocasión de demostrar en su comunicación á la Real Academia de Medicina de Madrid el año pasado al tratar la tesis *Fundamentos científicos de la técnica, de coloración de los bacilos de la tuberculosis, lepra, sífilis, y smegmas prepuciales y vaginales y su valor para el diagnóstico* así la técnica que emplea para la coloración del bacilo de la sífilis es en un todo idéntica al empleado en la tuberculosis, prefiriendo por la comodidad y seguridad del procedimiento la tinción de los productos patológicos que han de examinarse, por un líquido colorante preparado con agua fenicada al 4 por 100 y solución alcohólica de fuchina al 5 por 100, cinco partes de la primera y doce de la segunda. Empleando el método rápido ayudando la tinción por el calor, colocando la materia colorante en un vidrio de reloj dejando el preparado sobrenadar si se trata de substancias desecadas sobre cobre-objetos y dejando actuar el calor, hasta que se desprendan vapores; se extingue el foco, ó se separa el vidrio del calor y se deja aun permanecer por 20 ó 30 minutos para mayor seguridad de la tinción; después se decoloran con una dilución de ácido sulfúrico, una parte de éste por tres de agua, y posteriormente se vuelve otra vez á dejar el cobre-objeto por el lado de la cara preparada sobrenadar en otra solución de un color para contraste, el azul de metilo ó el verde al iodo, que es

más racional por ser complementario del rojo y no tener quizás el inconveniente en algunos casos de ser un color que puede sustituir al rojo en los bacilos, y más estando preparado éste con el ácido fénico, lo cual tendría el peligro de poderles hacer pasar desapercibidos, lo que no es de temer nunca con el verde al iodo. Si se trata de cortes, no debemos emplear el método rápido ni hacer actuar el calor, pues éste altera siempre más ó menos los tejidos, en estos casos debe dejarse obrar el color en frío por 12 ó 24 horas, y á lo más, poner el recipiente en estufa á 30 ó 35 grados para activar la osmosis; los procedimientos de decoloración y de coloración de contraste se emplean los mismos.

Cuanto á la diferenciación que la técnica pudiera darnos entre estos bacilos y los de la tuberculosis, que es el punto de más interés clínico, creemos que pudiera diferenciarse por su menor resistencia á decolorarse por el ácido acético, en el cual los bacilos de la tuberculosis permanecen por más tiempo conservando la coloración; sus diferencias con los de los smegmas prepuciales bajo el punto de vista de la técnica son muy dudosas. La confusión con los bacilos de la lepra no es tan fácil, por lo demás, éstos se tiñen rápidamente en 5 ó 10 minutos resistiendo á la decoloración inmediata, lo que no ocurre con el bacilo de la sífilis.—H. B.]

El concepto de un *virus* vivo nunca se ha agitado en la mente de los observadores con una tenacidad parecida á la de hoy. La analogía de la sífilis con otras enfermedades, la fuerza en los medios de investigación, los recursos cada vez más poderosos de que se dispone, aumentan el entusiasmo y las esperanzas de los investigadores. Con todo, la experiencia enseña á no proceder con ligereza, sino seguir con calma el camino de la verdad. Muchos médicos no han tardado en declararse defensores del reciente descubrimiento de Lustgarten, el cual, en los últimos meses de 1884, atribuyó la sífilis á un bacilo que, según él, se halla caracterizado por su aspecto, por el sitio que ocupa y por sus propiedades respecto á la coloración (1). Más recientes

(1) He aquí cómo procede, para la investigación del bacilo, el Dr. Lustgarten. El trozo cortado, que se va á examinar, endurecido en el alcohol, se tapa con celoidina [disuelta en el éter. Las secciones se limpian de ésta con un baño, de más de una hora, en alcohol absoluto y éter. Para colorear, emplea después el autor el líquido de Ehrlich-Weigert (agua de anilina, 100; solución concentrada alcohólica de violeta de genciana, 11) en el cual lo deja 12 á 24 horas, á la temperatura de la cámara, y luego, durante dos horas, en un termostato á 40° C. Lo sumerge durante algunos minutos en el alcohol absoluto, y luego lo pasa, unos diez segundos por una disolución acuosa de permanganato de potasa al 1,5 por 100, y después por una disolución acuosa de ácido sulfuroso, purísimo. Los más ligeros indicios de ácido sulfúrico decolorarían los bacilos.

investigaciones de Alvarez, Tavel, Kōbner, Matterstok, Doutrelepont, etc., vinieron en apoyo de la especificidad de dicho bacilo. Pero, aún cuando él encontraba exclusivamente en los productos sifilíticos y en la sangre de los individuos infectos hubiese venido en apoyo de este bacilo; aun cuando su cultivo permitiera individualizarlo y estudiarlo más y más, cómo conseguiremos realizar la contraprueba de su virtud patógena, merced á la inoculación? Ninguno puede permitirse hoy herir voluntariamente con un arma tan insidiosa como la sífilis, á un hombre, cualquiera que sea, sin merecer un fuerte reproche por su entusiasmo brutal; por otra parte, si recientes experimentos de Klebs, de Martineau y de Morisani resuelven la cuestión de la infectabilidad de los animales, no podemos en absoluto, valernos de éstos últimos para la comprobación experimental; pues aun no hemos encontrado, para progresar en el estudio de la sífilis, un *animal reactivo*. Por lo demás, conviene consignar que el Dr. Lustgarten encontró su bacilo, tanto en las formás primarias y secundarias como en las del tercer período, reputadas como contagiosas.

[El profesor Hutchinson (1) dice que la sífilis es una afección que depende de un microbio vivo y específico, que es contagioso ó transmisible sólo mientras conserva su vitalidad, y añade que es á la verdad sorprendente que ninguno haya sido capaz hasta ahora de demostrar (de una manera positiva) la existencia del microbio especial de la sífilis, abrigando la mayor confianza que este descubrimiento, reservado para algún futuro investigador, no se halla lejano. La verdad es que, tratándose de una enfermedad infecciosa, virulenta, que no se desarrolla espontáneamente, sino que, procedente de otro organismo enfermo y que una cantidad insignificante de materia transforma en virulentos todos los humores de nuestro organismo, sólo puede ser función de microbios, pues á éstos les está asignado como seres vivos la facultad de multiplicarse indefinidamente.

Al cabo de algunos segundos, dilata la disolución con agua y la vuelve á colocar en la disolución de permanganato de potasa, y después en el ácido sulfuroso y agua destilada, y así sucesivamente 3 ó 4 veces. El bacilo resiste bien á la coloración que ha recibido. Deshidratada la sección en el alcohol, la estiene con aceite esencial de clavo, y la monta en bálsamo de Canadá disuelto en xilol. Las secreciones del sífiloma, etc., se desecan sobre un cubre-objeto; por lo demás, sirve el mismo método, aunque la decoloración es más pronta.

Los bacilos así tratados son bastoncillos de color azul oscuro, cuya longitud varía de 3 á 5,5 m y la anchura de $\frac{1}{4}$ á $\frac{8}{10}$ m. Se les ha encontrado en las células linfoides, en las espinosas espridermoidales y también en la luz de los vasos linfáticos. Se han visto no solo en el sífiloma, sino también en las pápulas húmedas y en los gomas.

(1) *Loc. cit.*

El profesor C. Bouchard (1) cree también que la sífilis es producida por un micro-organismo, y para probar este aserto compara la diferente acción del mercurio y del ioduro potásico: el primero está indicado en las fases iniciales en los primeros períodos del mal, cuando el microbio es muy activo, porque el mercurio lo destruye, lo mata; en cambio el ioduro potásico cree que si esta medicación puede ejercer alguna acción antiséptica, ejerce sobre todo una acción sobre nuestra nutrición; de aquí su indicación en los últimos períodos de la sífilis.—H. B.]

El *virus* sifilítico, unido á su vehículo, puede ser transportado desde el enfermo al sano, directamente por mútuo contacto (*contagio inmediato*) ó bien por el intermedio de objetos ó de personas que permanecen sanas (*contagio mediato*).

Mientras que las formas venéreas pasan de uno á otro individuo, casi exclusivamente, por las relaciones sexuales, la sífilis, que se difunde en muchos focos, notables por su número y virtud infectante, aun fuera de la esfera sexual, se transmite á otros muchos puntos (2).

Aumenta el número de sus víctimas por la lactancia, por la práctica de la vacunación, por la succión del pecho, realizada para llamar la leche. Los besos, los contactos más inocentes al parecer, las mordeduras en un raptó de ira ó de sensualismo, las manipulaciones por parte de las nodrizas, de las madres, y de los médicos, las derivaciones del erotismo exaltado y del libertinaje, el uso de una pipa en la cual fuman alternativamente tres ó cuatro individuos, los catéteres para las trompas de Eustaquio, las lancetas, ventosas, vestidos sucios... podrán ser—y así sucede realmente en muchos casos—medios é incentivos de intoxicación. Ciertas partes del cuerpo de personas que permanecen sanas (vagina, pene, uñas, etc.) cuando albergan temporalmente materia virulenta, pueden propagar el contagio á los sanos. En la lactancia es fácil comprender que el contagio puede ser mediato en unos casos é inmediato en otros. En la vacunación, la enfermedad puede tener su origen en el vacunífero, en uno de los vacunados y hasta el mismo vacunador.

[Como caso de inoculación por accidente casual, figura entre ellos la sífilis de los médicos y del personal asistente: los primeros están expuestos á contagiarse al hacer los reconocimientos, curas,

(1) *Thérapeutique des Maladies infectieuses, Antisepsia, cours de pathologie générale* professé á la faculté de Médecine de Paris, Pendant l'année 1887-1888 par Ch. Bouchard recueilli et publié par le Dr. P. Legendre. Paris, 1889.

(2) *Infectio triplíce via, vide licet coitu, partu, tactu* (Paracelso).

operaciones, máxime si tienen alguna solución de continuidad en la piel, escoriación, grietas, etc.; son numerosos, por desgracia, los casos que se podrían citar, y como dice muy bien el Dr. Hermann Eichhorst, puede ocurrir en ellos que pasando desapercibida mucho tiempo la inoculación, no sólo llega á ser casi imposible acertar con la fuente de donde procedió, sino que se propaga el contagio que por la forma especial con que se ha contraído puede manifestarse por síntomas de la mayor gravedad.

Las comadronas se contagian también en el acto de auxiliar á la parturiente, y suelen ir esparciendo el contagio sin conciencia de ello en un extenso círculo.

Bardinet refiere que en Bride (1874) se infestó una comadrona en un parto, y no sólo infestó á su marido, si no que en ocho meses contaminó á todas las mujeres (que fueron más de cien) á quienes asistió en el parto.

Juan Beyer, en 1725, refiere otra epidemia análoga: en ésta enfermaron de sífilis 40 mujeres en el espacio de cuatro meses, que á su vez infestaron á sus maridos y á sus hijos, resultando infestadas más de 80 personas, y otros varios autores refieren casos parecidos; lo que nos obliga á aconsejar la más escrupulosa limpieza y el cuidado más grande en las curas y operaciones de los sifilíticos.

Respecto de la sífilis por la vacunación, entre las objeciones que por los detractores del inmortal descubrimiento de Jenner, se ha hecho á la vacuna, figura ésta, la posibilidad de inocular la sífilis al hacer la vacunación, pero esto es muy exagerado, y si se guardan las precauciones debidas y la vacunación se hace con todas las reglas del arte, esto no puede ocurrir. El contenido de las pústulas vacunas no inocular, aun que proceda de persona sifilítica con tal de que sea puro y no vaya mezclado de sangre en cantidad perceptible, en este último caso, la linfa vacuna por su mezcla con la sangre, adquiere cualidades específicas trasmisibles: como fácilmente se comprenderá, lo mejor es emplear la vacuna de la ternera, y donde esto no sea posible, de un niño que se tenga seguridad de la pureza de su sangre; para lo que es conveniente que tenga más de seis meses, porque á esta edad ya se han presentado los síntomas de la sífilis hereditaria. —H. B.]

De todo lo que acabamos de decir se deduce que, teniendo en cuenta el modo cómo se comunica la sífilis, es mucho menos venérea—en el sentido de que se propaga menos por los órganos genitales—que la blenorragia y la úlcera no infectante.

Depositada la materia infectante en un punto del tegumento cu-

táneo-mucoso, no pasa adelante si la epidermis ó el epitelio se hallan intactos. Encuentra en su camino un barniz impermeable, un obstáculo que no puede vencer de ningún modo. Es menester, para la fijación y penetración del virus, que aquellos estén escoriados, corroidos ó extraordinariamente adelgazados; necesitase, en suma, un *foramen contagiosum* extemporáneo ó preexistente, siquiera sea imperceptible ó microscópico: al día siguiente del contagio, podrá no existir la menor solución de continuidad, pero ya se habrá iniciado el envenenamiento.

INOCULACIONES EXPERIMENTALES.

INMUNIDAD.—SIFILIZACIÓN.—REINFECCIÓN SIFILÍTICA.—INOCULACIONES MIXTAS.—SÍFILIS ANIMAL.

Las inoculaciones de la materia que segregan las eflorescencias sifilíticas y la sangre de los sujetos que padecen la enfermedad, no son en manera alguna recientes. En la segunda mitad del siglo último, Hunter enseñó y difundió este medio de investigación, abriendo así el camino para los experimentos modernos. Verdad es que Hunter inoculaba á las personas ya infectas, y que las inoculaciones en los sanos no comenzaron hasta 1835, en que las emprendió Ricord. En 1767, Hunter practicó en sí mismo inoculaciones de pus blenorragico, pero como precisamente lo había recogido en un enfermo en el cual coexistían la blenorragia y la sífilis, llegó á ser víctima de ésta. Los médicos Lindmann (1856-57), Galligo (1859), y Bargioni (1862) fueron otras tantas víctimas espontáneas de este ramo de las ciencias médicas.

En todas las inoculaciones se aplicó la materia contagiosa sobre la piel, previamente demudada por medio de un pequeño vejigatorio, ó se hicieron incisiones, introduciendo el virus bajo el epidermis, con una lanceta. Además, de las producciones tuberculosas y gomosas, de las cuales ya hemos hablado, se inoculó sangre, productos elaborados por los sífilomas y por las placas mucosas, y también pus de las formas pustulares, según se ve en el siguiente cuadro:

Inoculadores y materia de inoculación.	Duración en días		Inoculadores y materia de inoculación.	Duración en días	
	1.ª inoculación.	2.ª inoculación.		1.ª inoculación.	2.ª inoculación.
<i>De sangre.</i>			<i>Secreción de las placas mucosas.</i>		
1. Waller (1850)....	34	32			
2. Anónimo (1856) (3 casos)	15—42	26—107	1. Wallace (1885)...	23	47
3. Gibert (1859).....	40	15	2. (c) Wallace (1835)	21—15	35
4. Lindwurm (1866)..	28	—			
5. Pellizzari (1862)..	24	32			
<i>Secreción del sifiloma</i>			(c) Dos punturas al mismo sujeto, con 12 días de intervalo.		
1. Rinecker (1852) ..	18	54	3. Wallace (1835) ..	30	42
2. Rollet (1856).....	—	—	4. Waller (1850)...	25	27
3. Anónimo (1856) (3 casos)	25	26—107	5. Lindmann (1851)	10	72
4. Gibert (1856).....	25	—	6. Anónimo (1856)..	17	27
5. Bäresprung (1859)	27	64	7. Anónimo (1856)..	42	107
6. Belhomme (1859)..	35	30	8. Gibert (1859)....	18	37
7. Lindwurm (1861)..	15	81	9. Gibert (1859)....	25	12
8 (a) y 9. Lindwurm (1861).....	19—24	45	10. Galligo (1859)..	17	—
			11. Guyenot (1859)..	28	54
			12. Bäresprung (1859).....	18	—
(a) Dos inoculaciones al mismo enfermo, con dos días de intervalo.			13. Auzias-Turenne (1859).....	18	55
			14. Lindwurm (1860).....	21	»
			15. Hebra y Rosner (1861).....	16	56
10. Hebra y Rosner. (1862).....	22	51	<i>Contenido de las pústulas.</i>		
11 (b) y 12. Puche. (1862).....	39—17	33	1. Wallace (1835) ..	29	37
			2. Wallace (1835) ..	28	27
(b) Dos inoculaciones con 22 días de intervalo.			3. Vidal (1849)	35	135
			4. Rinecker (1852)..	28	130

BREDA.

DURACIÓN.	DURACIÓN DE LA INCUBACIÓN.							
	Primera.				Segunda.			
	Sangre.	Sifiloma.	Placas.	Pústulas.	Sangre.	Sifiloma.	Placas.	Pústulas.
Mínima.....	16	15	10	28	15	18	12	27
Máxima.....	42	39	30	35	107	107	107	135
Media.....	30	24	22	30	44	48	47	82

Insinuado bajo el epidermis el producto de una manifestación primaria ó secundaria, la pequeña herida cura al cabo de algunos días y todo vuelve á su estado primitivo, como si nada hubiera ocurrido. Continúa, durante algunas semanas, un período exento de toda alteración, ni siquiera subjetiva; un período de calma completa (*primera incubación*).

Esa quietud patológica tan engañadora cesa al aparecer una eflorescencia, á la cual sigue la tumefacción de varios ganglios (los que se hallan más próximos anatómicamente) y así queda constituido el sifiloma. Después de ésto, hay otro período en el cual nada, á primera vista, indica al enemigo que va aproximándose ó que ya se ha apoderado quizás de todo el organismo (*segunda incubación*). Esta dura igualmente algunas semanas y cede su puesto á los signos de la infección general, los cuales suelen ser anunciados por pródromos.

Las *inoculaciones múltiples simultáneas*, en un mismo sugeto, han dado casi siempre resultado positivo, cualquiera que haya sido el procedimiento operatorio y la distancia entre los sitios heridos: casi al mismo tiempo, se pueden descubrir en los diversos puntos los indicios de la enfermedad que se va insinuando. De 26 tentativas hechas en 11 individuos, obtúvose 23 veces el resultado que se esperaba.

Las *inoculaciones múltiples sucesivas*, fracasan en la gran mayoría de los casos, por lo que concierne á las inyecciones hechas después de la primera. Nunca se obtuvieron más de dos sifilomas, si bien la duración de éstos fué diferente. Con todo, Wallace, en una misma persona, dejó transcurrir 7 días de intervalo entre dos inoculaciones y los efectos de ambas fueron simultáneos. Lindwurm, des-

pués de haber hecho también dos inoculaciones, con dos días de intervalo, vió un sífiloma al 19.º día y otro al 24; Puche, aunque dejó pasar 22 días, obtuvo dos focos contemporáneos, á los 39 días del primer experimento.

El mismo producto, en individuos diferentes, determina un distinto período de incubación, y síntomas consecutivos desiguales (casos de Wallace y de Gibert).

Las inoculaciones que se practican en puntos desprovistos de su epidermis, por medio de vejigatorios y de escarificaciones, dan lugar algunas veces á focos múltiples, que más tarde pueden confluír en uno sólo. Cualquiera que sea el modo como se haya inoculado el virus y la procedencia de éste, el efecto consistirá indefectiblemente en un sífiloma en el sitio operado. Comienza en aquel punto una rubicundez circunscrita, una ligera prominencia, que puede adquirir el aspecto de una pápula, de un tubérculo, de una nudosidad. Sea cualquiera la eflorescencia, se pone sonrosada, roja, rojo-obscura y cúbrese de escamas. La serosidad y el pus que se depositan por debajo pueden remover las costras que caen después. Vése entonces una solución de continuidad que generalmente no interesa más que el epitelio ó el epidermis (*erosión*) que más tarde puede comprender el cuerpo papilar, las capas superficiales del corion (*exulceración*) y que, en casos excepcionales, llega á interesarle en todo su espesor (*úlcera*).—En algunos casos ni la eminencia ni las partes ambientales sufren grandes pérdidas de substancia. Muchas veces, antes de lo que podría esperarse, puede el tejido de la parte sufrir una induración particular característica (*sifilo-esclorosis*).

En la mitad proximamente de los casos, la eflorescencia llegó á ser erosiva al quinto día, y en 20 enfermos, en los cuales pudo seguirse la marcha del proceso, la adenopatía era apreciable al undécimo.

La segunda incubación duró, por término medio, 47 días. Ni una sola vez faltaron los síntomas generales, si bien en algunos casos ofrecieron una benignidad extraordinaria.

Por lo general, en un sujeto que padece la enfermedad que nos ocupa, no da resultados una inoculación de materia sifilítica ó de sangre, procedentes de los dos primeros períodos. Esta *irreinoculabilidad se extiende á los tres períodos de la sífilis*; sin embargo, no faltan algunos casos que constituyen una excepción á esta regla (1).

(1) Sabemos que Lindwurm obtuvo dos sífilomas haciendo inoculaciones con dos días de intervalo; Wallace con 12 de intervalo; Puche con 22. Conocemos también 5 casos de reinoculación positiva en el primer período descrito por Lee (1856), Diday (1862), Biden-

Conviene advertir, sin embargo, que algunas veces se obtuvieron en casos análogos alteraciones completamente semejantes á los sífilomas; pero no seguida de adenopatías ni de síntomas generales. Los vehículos ó procedimientos operatorios demasiado irritantes pueden provocar en el sitio inoculando una lesión sospechosa. Con todo, la inmunidad que ofrecen para las nuevas inoculaciones los nuevos individuos que ya padecen la enfermedad es una de las reglas mejor establecidas.

Además de esta inatacabilidad del que ya es víctima de la sífilis, parece que hay otros hechos que impugnan seriamente el aforismo de Ricord cuando dijo que *todos son iguales frente á la sífilis*. Rattier, Cullerier, Sarrhos se inocularon pus de accidentes secundarios; Puche y Thiry inocularon, el primero tres veces y el segundo una, á sujetos sanos, con pus de sífiloma; otro tanto hizo Ouvry, en un joven médico: tales tentativas tuvieron siempre resultado negativo.

Indudablemente hay personas que todos los días desafían el peligro y sin embargo permanecen ilesas. No basta, para explicar esta irreceptividad, recurrir siempre á determinadas condiciones anatómo-patológicas; por el contrario, nos vemos obligados en algunos individuos, á pensar en la existencia de una inmunidad natural. Algunos autores explican esta condición, recurriendo á una especie de saturación sífilítica hereditaria. La posibilidad de manifestaciones de la *sífilis hereditaria*, que llegan á manifestarse en diversas edades de la vida, el exceso de impregnación virulenta... vienen en apoyo de esta hipótesis.

Réstanos averiguar si, además de la inmunidad natural y de la infección, puede obtenerse otra, ventajosa, inoculando el virus artificialmente. Así como con la inyección de la vacuna se previene la viruela, y estos efectos duran cierto número de años, así también se ha dicho que con la inoculación, repetida varias veces, de la materia de las úlceras, se consigue, no sólo impedir la sífilis, sino también curarla (*sífilización profiláctica y terapéutica*). No faltaron experimentos, observaciones y escritos muy notables en este sentido. Llegó á demostrarse que la úlcera venérea se reproduce centenares y aun millares de veces, que no puede repetirse en una región determinada más allá de cierto número de veces; que adquiere un des-

kap, (1864) Ricordi (1867) y Turati (1868). Wallace inoculó con el producto de las placas mucosas á un sujeto con sífilis en el segundo periodo, y obtuvo á los 26 días un sífiloma (?) característica. Bouley inoculó (1851) un enfermo de sífilis terciaria, y á los 22 días obtuvo, según dice, un sífiloma, (?) y 30 días después las manifestaciones generales.

arrollo desigual en los diversos territorios del tegumento cutáneo; pero, por lo demás, tan pronto como se inyectan productos sifilíticos, sobrevienen los fenómenos que ya conocemos. En suma, la sifilización ofrece hoy tan solo un interés histórico (1).

Salvo ciertas condiciones anatómicas particulares que preservan á algunos sujetos, la inmunidad supone generalmente una infección previa. Pero con esto no se excluye que cuando un organismo (en virtud del tiempo transcurrido ó del tratamiento empleado) llega á destruir, paralizar ó eliminar el germen, no pueda sufrir de nuevo la influencia perniciosa á que nos referimos.

La posibilidad de la *reinfección* es un hecho demostrado. Diday reuicó 13 casos (perfectamente observados, según él) á los cuales añadieron algunos más otros autores y especialistas, no faltando quien admitió como posible una tercera infección. Por nuestra parte, en doce años de investigaciones, no hemos encontrado siquiera una segunda infección. No hay que olvidar que las lesiones secundarias y terciarias pueden simular perfectamente la inicial: Fournier (1868) refiere 21 casos observados por él, en los cuales, después de haberse desarrollado la sífilis constitucional, aparecieron, sin la intervención de una nueva inoculación sifilítica, lesiones con los caracteres de los sífilomas, que á su vez fueron precedidas ó acompañadas de nuevas manifestaciones generales. Scarenzio describe un caso de reaparición espontánea de la sífilis en todos sus estadios (*Giornale Ital. de Malat. Cut. e Ven.* Fascic. 3, 1885). De cualquier modo, conviene siempre que, para mayor garantía, cuando se presume una nueva infección, se espere la confirmación de los síntomas constitucionales. Se ha observado que la gravedad de éstos, en los reinfectados, suele ser á la de los que siguen á la primera infección, como la varicela es á la viruela.

Según opinión unánime de los especialistas, la sífilis no preserva de las úlceras y viceversa. Con frecuencia, se ven asociadas ambas enfermedades en una misma persona. Si el germen de ambas cae en territorios diversos ó en un mismo punto, pero pasado algún tiempo, una y otra realizan su evolución, del modo acostumbrado. Si la inoculación doble es simultánea, desarróllase inmediatamente la úlcera no infecta; el virus sifilítico, pasada su incubación, ataca á aquélla, como intentando crear el sífiloma, y puede sobrevenir una lesión

(1) Consúltese el capítulo que á la *Sífilis* dedica el Dr. Liebermeister, en sus *Lecciones de Patología interna* (tomo 1.º, Enfermedades infecciosas), traducidas por el Dr. Manuel Carreras Sanchis.

que á la vez participe de una cosa y de otra, y que también se asocie á adenopatía, que reunan los caracteres de ambas. Si la úlcera venérea y la sífilis son importadas, una después de otra, podía suceder que ésta predomine de un modo particular sobre aquélla, ó viceversa; pero, por último, uno de los síntomas llega á prevalecer sobre el otro, y la escena cambia.

De cualquier modo, aunque en el mismo foco pueden existir ambos virus, el sifilítico está siempre en la sangre. El venéreo es inoculable al mismo enfermo, y uno y otro lo son simultáneamente á una persona no sifilítica. También resultará—digámoslo así—un arma de dos filos, si la úlcera venérea cae sobre una eflorescencia sifilítica secundaria. Ahora bien, atendida la fisiopatología propia de ambos virus, puede decirse que la lesión que sobreviene no representa una especie nosológica separada, transmisible como tal (*úlcera mixta de Rollet*) sino la unión de dos coeficientes patógenos que, en un mismo terreno, siguen por separado sus propias evoluciones, predominando en sus efectos, ora uno, ora otro, pero sin que aquél destruya á éste, sin que el venéreo cree con el sifilítico una nueva entidad nosológica transmisible como tal.

Otro tanto puede suceder si el virus sifilítico se mezcla con el vacuno. La importación de ambos se verifica en ocasiones al mismo tiempo; pero como éste tiene una incubación diez veces menor, y un curso que en dos ó tres semanas ha terminado, resulta que el sífiloma aparece generalmente en la cicatriz que sigue á la pústula.

Por último, sin repetir cuanto se ha dicho respecto á la sífilis animal, es de esperar que, descubiertos los elementos parásitos que se consideran patógenos, una vez conocida la esencia del virus, se pueda en breve tiempo, con el artificio sagaz del experimentalismo, deducir algo en este sentido y disipar la niebla que envuelve un asunto tan interesante.

Período de la sífilis primitiva.

Este período se extiende desde el momento del contagio local á aquel otro en que especiales trastornos materiales y funcionales denotan la intoxicación general. Comprende manifestaciones que al parecer tienen muy poco ó ningún valor, á saber: la infiltración erosiva de una pequeña solución de continuidad de la piel ó de la mucosa, indolente, que cura por sí sola en poco tiempo, á lo cual se

asocia el engrosamiento indolente de ciertos ganglios que también parece tiende á resolverse espontáneamente. Esta benignidad engaña muchas veces en el presente, y en ocasiones ni siquiera conserva de ella recuerdos el enfermo pasadas algunas semanas.

SIFILOMA (1).

INCUBACIÓN Y DESARROLLO.

La incubación puede tener duración variable, en dos ó más sujetos que hayan adquirido la sífilis en la misma fuente. La cifra media, en las inoculaciones artificiales, fué de 25 días.

Abre la marcha, en el punto infecto, una mancha que después se eleva en el centro en forma de pápula rojo-obscura, luego se descama, trasuda, se exulcera, y en ocasiones llega á ser una ulceración. Entre tanto, la infiltración se extiende, profundiza, avanza el trabajo destructor y se convierte en una dureza perfectamente circunscripta, compacta, fibrosa. La erosión segrega poca serosidad y se cierra muy pronto. A la vez va desapareciendo la induración, llegando en ocasiones á disiparse por completo. Por término medio, en los casos en que se inoculó el virus, sobrevinieron las adenopatías á los once días de enfermedad (2).

En los casos de contagio accidental, la incubación es algo más larga (por término medio, tres á cuatro semanas); en ocasiones excepcionales fué de pocos días, y á veces de 12 á 16 semanas (3). Téngase en cuenta que no siempre puede asegurarse la fecha exacta de la infección.

Es innegable, de todos modos, que la inoculación artificial da sus frutos mucho más pronto. Esto puede depender de que la materia inoculada ofrece un grado de concentración especial, y se lleva en

(1) Sinónimos: úlcera sífilítica, úlcera dura, úlcera infectante ó hunteriana, sífiloesclerosis. También se llama *chancre* (del francés *chancre*), aunque esta palabra no parece admisible á algunos médicos españoles *uristas*.

(2) Se citan tres casos en los cuales su aparición coincidió con la del sífiloma, y en cambio uno en que no se manifestaron hasta los 44 días.

(3) Las estadísticas de Diday han dado una cifra media de 14 días; las de Rollet, de 25; las de Sigmund, de 28 á 35; las de Mauriac, de 34 á 35. Mauriac observó 24 casos de 40 á 50 días, 8 de 50 á 60 y 19 de más de 60, para los cuales la duración media fué de 63. En un caso, la incubación llegó á durar 69 días; en otro de Guérin, 71, y en otro de Jullien, 90.

cierta cantidad á la piel sana, por debajo del epidermis, donde se mezcla necesariamente con el corion. En el contagio accidental, no existen esas condiciones que faciliten la acción del virus. Este, diluido en serosidad, pus, etc., opone cierta resistencia á las causas que amenazan quitarle de aquel sitio; por lo demás, aun cuando caiga sobre una solución de continuidad, la infiltración que suele existir por debajo no se halla en las mejores condiciones para facilitar su camino á la infección.

En todo caso de sífilis adquirida, el sífiloma es en realidad un elemento necesario; sin él no hay intoxicación. Sin embargo, su corta duración, el sitio que á veces ocupa, pueden hacer que sea difícil y aun imposible encontrarlo.

Se desarrolla y vive en el mismo punto en que se ha depositado el virus. Su germinación y multiplicación se revelan por una alteración hiperplásica (una pápula, un nódulo, una elevación discoidea); sus elementos linfoideos constitutivos degeneran, se desprenden, son reabsorbidos ó se reorganizan, según los casos. También es posible sobrevenga una solución de continuidad que á veces dura algunas semanas, y en ocasiones pocos días; solución de continuidad á menudo erosiva ó exulcerativa, casi nunca ulcerosa, que se abre á expensas de los tejidos linfoideos de infiltración, que segrega serosidad contagiosa y que va acompañada de una infiltración, á menudo tan superficial, que no merece el verdadero nombre de úlcera (1).

Conviene reconocer en este primer foco en que se elabora la sífilis, tres períodos: *inicial*, de *reparación* y *resolución*.

El sífiloma se manifiesta, ora con una *mancha* eritematosa redonda, oval, circunscrita, seca, descamativa, más tarde húmeda, con base algo dura, superficial; ora con una *pápula* ó con un *tubérculo*, es decir, con una elevación más pronunciada de la mancha. La eflorescencia, seca en los primeros días, se torna después húmeda, pierde parte de su epitelio —*erosión*—ofrece el color blanco amarillento de un producto diftérico, y da una secreción serosa, escasa. En algunos casos es al principio una *pápula plana*, es decir, deprimida y hasta convexa, ó bien parece un *tumorcito nudoso* ó *hemisférico*, que puede erosionarse y segregar virus. En 4 ó 5 días de trabajo, puede declararse una elevación limitada, bastante dura, indolente, con erosiones, y acompañada de adenopatías: sin embargo, solo en corto nú-

(1) De aquí la conveniencia de abandonar el apelativo *úlcera*, cuando se alude á la sífilis inicial. En efecto, en esta puede faltar toda solución de continuidad, y si subsiste no suele ser una úlcera.

mero de enfermos se declara en tan poco tiempo esa sintomatología.

La enfermedad prospera hácia su *fastigio*. La pápula, pasadas 3 ó 4 semanas (en cuyo tiempo la base se hace más dura, sin haber dado lugar á una solución de continuidad, ni á una verdadera desca-mación) puede disiparse, dejando en su lugar una depresión obscura, violácea. En cambio, otras veces la dureza se ensancha y profun-diza, la pérdida de substancia crece, y aparecen las adenopatías.

La infiltración no hace el tejido pastoso, jugoso, reductible por la presión, como sucede en el edema y en la tumefacción flogística ordinaria, pero determina una dureza especial, no sólo por su cir-cunscrición, sino también por las sensaciones que suministra. Es una dureza perfectamente limitada, que cesa de un modo brusco al ni-vel del tejido sano, que no se pierde gradualmente, sino de un salto—por decirlo así—y queda al tacto la *impresión de una dureza seca, elás-tica, como de un cuerpo extraño que estuviera encajado en el tegu-mento normal*. Dicha dureza puede compararse á la de un trozo de cartón ó de goma, de fibroma ó de cartílago. Pueden variar sus di-mensiones, desde algunos milímetros á 3 ó 4 centímetros cuadrados. Suele ofrecer la forma y el volumen de medio guisante, de un grano de maíz y hasta de una avellana que, estuvieran introducidas por completo ó en parte en el tejido, de un verdadero *callo* que se hu-biese desarrollado en aquél punto (1). Otras veces la dureza se es-tiende mejor en superficie para formar un disco, una placa, una *lá-mina* que, palpada entre los dedos, transmite la sensación como de un fragmento de pergamino ó un trozo de naípe algo consistente, con una base y una periferia cuyo tejido ofrece la consistencia normal.

Al lado de la *induración callosa ó nudosa*, debemos inscribir la *induración laminar*, con sus dos variedades, *apergaminada y foliá-cea ó papirácea*. Existen casi siempre razones anatómicas que de-ciden, en los diversos puntos, la forma y grado de la induración, haciendo que aumente en superficie ó en profundidad; por lo demás, aun en una misma localidad, (los pezones de las mamas, la lengua etc.) son posibles una y otra forma de esclerosis. La *induración* super-ficial puede, resolviéndose en la parte central, tomar la forma *anu-lar*: ésto se vé en ocasiones, desde el principio, en el orificio de la uretra, tanto en el hombre como en la mujer; penetrando en el con-

(1) De aquí los nombres *ulcus cum duritie, cum callositate, cum duritie callosa* de los autores de fines del siglo XV y principios del XVI y (Torello, Mainardo, Ferri, Falopio, Botallo, etc.)

ducto, ofrece rara vez la *forma cilíndrica*. En el borde la lengua, en los pezones, toma la forma de un surco lineal.

La erosión suele desaparecer una vez iniciada la infiltración; sin embargo, hay casos en que la induración característica no se manifiesta hasta que pasan dos semanas después de haberse declarado la solución de continuidad.

Ordinariamente, ésta se reduce á una simple pérdida del epitelio ó del epidermis más superficial (*erosión*); otras veces llegan á estar destruidas las papilas (*exulceración*); en casos excepcionales, se destruye el corion á cierta profundidad ó en todo su espesor (*úlceras*). El trabajo necrótico no suele interesar—ó lo hace en grado muy ligero—los elementos constitutivos normales del tejido, ni siquiera los más recientes, los elementos linfóides jóvenes: son casi siempre sus víctimas los elementos morbosos de infiltración; es decir, que la enfermedad se devora á sí misma. Resulta, pues, que aunque á primera vista es considerable el gasto, en el fondo se reduce á nada ó á muy poco.

Si la induración superficial acompaña ó sigue á la erosión; la ulceración, la úlcera descansan sobre infiltrados nudosos, los cuales algunas veces ofrecen también cierta erosión. Las erosiones pueden tener el tamaño de un grano de mijo, de una lenteja y hasta de una almendra; pueden ser circulares, ovales, punteadas, lineares; ora residen sobre una superficie plana y protuberante, ora aparecen al mismo nivel que el tejido que las rodea. El fondo es lardáceo, amarillento ó rojo-sucio, casi siempre reluciente, barnizado, húmedo. Unidas varias erosiones pueden simular un herpetismo (*sifiloma herpetiforme*).

Desde los bordes de la exulceración y de la úlcera, hasta el fondo, existe generalmente una pendiente gradual, que las da en ocasiones la forma de un embudo.

Por lo general, la induración es más extensa que la pérdida de substancia, la cual no aparece—salvo la existencia de complicaciones—ni una sola vez, fuera de los límites de aquélla.

El sifiloma que reside fuera de los órganos genitales (*sifiloma extragenital*) tanto en el hombre como en la mujer, puede presentar los rasgos más característicos: aun en las mamas de la mujer, es muy raro que no ofrezca una fisonomía explícita. En los mismos genitales de la mujer, la mayor parte de los sifilomas presentó induraciones decisivas, por las cuales se les pudo diagnosticar á primera vista.

La configuración del accidente morbozo que nos ocupa es tal, que podría siempre dividirse en dos partes. Si varios sifilomas se funden

entre sí, ó sí la induración se difunde con cierta amplitud por los linfáticos aferentes, falta esta simetría, que también pueden modificar la gangrena y el fagedenismo.

Por lo general, el sífiloma tiene en el centro un color rojo-oscuro, sucio, á menudo con puntos equimóticos en su seno; á su alrededor se ve una zona más pálida y luego otra más oscura que la segunda y más clara que el disco del centro, viniendo después un aspecto irisado, en virtud de la existencia de algunos elementos emigrados: la placa endurecida tiene color variable, ora gris, ora amarillento, etc. La misma evolución de la enfermedad, con las modificaciones inherentes al círculo sanguíneo, hace que prevalezca tal ó cual color.

La secreción es serosa, ó sero-sanguinolenta, rara vez sero-purulenta, algo viscosa, fácilmente concrecible, sobre todo en contacto del aire. En el centro, donde las papilas, llenas de sangre, se hallan al descubierto, puede salir alguna gota de dicho líquido. En ocasiones la pérdida de substancia se cubre de un exudado difterioide, muy adherente, fibrinoso. Nunca hay una supuración franca, cuando no intervienen irritaciones especiales. Las falsas membranas se forman, casi exclusivamente, cuando la enfermedad reside en las mucosas; si, por el contrario, radica en la piel, se cubre de escamas y costras; en la localización mixta, mucoso-cutánea, como en los labios de la vulva y en el prepucio, pueden coincidir, por una parte el exudado gris muy adherente, por otra las costras y las escamas.

El curso de las dos porciones del sífiloma puede ser muy diverso, como veremos más adelante.

El sífiloma nace, crece, se erosiona y se disipa ordinariamente sin que existan dolores: tampoco los provocan, en muchos casos, las lociones deterativas, las medicaciones emolientes, las manipulaciones necesarias para el diagnóstico.

Como en todos los procesos vitales, desde la aparente estacionariedad se pasa casi insensiblemente á la reparación. El color local se hace más claro, restáurase la falta de tejido y cesa el exudado. Un anillo epitelial ó epidermoidal liso, reluciente, rojo-amarillento, limita más y más la solución de continuidad, y rápidamente la cubre por completo. También la induración va disminuyendo, el tejido se torna pastoso, blando y desaparece. En ocasiones queda—durante meses y aun años enteros—un indicio, un resto de la induración, que, unido á cierta pigmentación, denota el sitio por el cual se abrió paso el virus: son muy raras las veces en que queda una verdadera aunque pequeña cicatriz.

En cerca de la mitad los casos, pocas semanas bastan para alejar de la localidad todo lo que recuerda el mal. Tal desaparición completa, absoluta, se observa con más frecuencia en las mucosas, donde la dureza suele ser más plana y la resolución más pronta que en la piel (1).

[En un caso que recientemente he tenido en las clínicas á mi cargo del Hospital general, se trataba de un adulto que padecía faringo-laringitis sifilítica, con obstrucción de la úvula por las ulceraciones; este sujeto dijo que no había tenido ninguna erupción en la piel, sólo hacía ocho meses que, como única enfermedad, había tenido una úlcera en la punta del miembro, que le fué tratada en un Hospital de esta corte, y que no le dolió nunca; reconocida la región, comprobamos en el surco balano-prepucial, en su parte superior, la induración característica de un antiguo sifiloma del tamaño de una moneda de dos reales, ya cicatrizado del todo, acompañada del infarto de los ganglios de ambas ingles. El tratamiento específico curó su manifestación faringo-laríngea, y, cuando se marchó con *alta*, la induración del sifiloma no había sufrido alteración alguna.—H. B.]

La duración del sifiloma se halla subordinada á diversas circunstancias. Los muy voluminosos y muy compactos ceden con gran lentitud; en cambio los pequeños y superficiales lo hacen rápidamente: los del cuello del útero curan con una prontitud extraordinaria; cuando están situados alrededor de la uretra y en la piel, se disipan muy poco á poco. Las irritaciones locales de toda índole, la incuria, las complicaciones, el embarazo (cuando la lesión reside en las genitales) pueden retardar la reintegración. A menudo bastan 1 ó 2 meses para la evolución completa; pudiendo también realizarse ésta en sólo 20 días.

La curación más completa puede efectuarse de un modo espontáneo, y nuestros tratamientos no hacen en ocasiones más que vencer ciertas dificultades.

El sifiloma, pues, se distingue por su larga incubación, por su benignidad, indolencia y curabilidad espontánea; puede no presentar nunca solución de continuidad, ó bien ser ésta muy superficial y de corta duración. A veces constituye una lesión de las más insignificantes. Su aparente benignidad, unida á la larga duración de la incubación y á hallarse situado en no pocos casos fuera de los genitales, ha-

(1) Según Puche, la induración persiste en ocasiones tres meses y aun más. En *once* casos, duró de 300 á 3362 días.

ce que no impresione bastante su presencia, ni aun á la persona más cuidadosa de su propia salud, al individuo más aprensivo.

Las irritaciones generales y locales pueden agravar de nuevo una induración en vías de resolución haciendo que vuelva á su primitivo grado, y hasta abrir un sifiloma que estaba cerrado ya algunas semanas ó meses, volviendo á darle en poco tiempo su aptitud contagiosa (1). Por lo demás, las condiciones favorables de calor y de humedad pueden facilitar la *transformación del sifiloma—in situ—en pápula húmeda ó placa mucosa*.

De lo que hemos dicho, resulta que el sifiloma puede presentarse bajo el aspecto de: 1.º *pápula seca, con base indurada*; 2.º *erosión exulceración plana ó ragadiforme, con induración laminar) apergaminada, papirácea*), plana ó convexa; 3.º de *erosión ó de exulceración, con induración nudosa ó callosa*; 4.º de *úlceras*. Esta se presenta de un modo excepcional; la induración que la acompaña es casi siempre nudosa.

El accidente inicial es generalmente único; con todo, á veces se ven dos, tres y hasta siete en un mismo individuo. Por lo general, los múltiples se aproximan tanto en su crecimiento, que llegan á fundirse entre sí. Los múltiples reconocen un origen contemporáneo, y por consiguiente su aparición es casi simultánea. Sin embargo, nosotros los hemos visto manifestarse con tres ó cuatro días de intervalo, y Mauriac nada menos que con diez días de distancia. Algunos días después de que aparezca el sifiloma pueden formarse, por efecto de la irradiación hiperplásica, ora en el tejido celular circunvecino, ora en una porción circunscrita de la red linfática superficial, focos de infiltración, de engrosamiento, semejantes al sifiloma y que se parecen á las induraciones que se ven en la herida ó en la cicatriz de un prepucio, etc., de donde se ha separado con la excisión el fenómeno primario. Estas manifestaciones no dependen de una nueva contaminación.

(1) *Chanchre redux*, de Fournier.

ASIENTO DEL SIFILOMA.—COMPLICACIONES

LINFO-ADENOPATÍAS SINTOMÁTICAS DEL SIFILOMA

Ya hemos visto que la sífilis primaria es, entre las enfermedades venéreas, la que la menos relación guarda con los actos sexuales y la que menos se manifiesta en los órganos del mismo nombre. En las diversas relaciones, desde las más á las menos castas, desde las carnales á las accidentales, puede encontrar ocasión para desarrollarse en puntos diversos, tanto de los órganos genitales como de otras regiones (*sifiloma genital, sifiloma extra-genital*).

Sumando varias estadísticas de autores franceses, resulta que hubo, entre un total de 2.065 sifilomas:

	Genitales.	Extragenitales.	TOTAL.
En el hombre....	1.696	77	1.773
En la mujer.....	273	19	292
TOTALES.....	1.969	96	2.065

Entre los *extragenitales*, se encuentran sólo 2 en las mamas, 3 en la vagina, 22 en el cuello del útero y los demás en las encías, párpados, manos, etc.

Nuestra estadística—que vamos á copiar—da un contingente mucho mayor de extragenitales; en efecto, entre un total de 410, hubo 366 en los genitales y 44 fuera de ellos. En los hombres, los sifilomas extragenitales fueron 18 veces menos frecuentes que los genitales; pero en las mujeres, el número de éstos casi igualó al de aquéllos.

Topografía de los sífilomas observados y curados por el autor desde
1.º Abril 1878 à 1.º Abril 1886.

<i>Hombres—354.</i>	<i>Mujeres—56.</i>
Lámina interna del prepucio.. 164	Grandes labios..... 9
Surco del glande..... 65	Pequeños labios..... 8
Frenillo del prepucio..... 29	Horquilla..... 5
Balano-prepuciales..... 23	Orificio uretral..... 4
Glande..... 19	Entrada de la vagina..... 4
Oroficio uretral..... 16	Utero (cuello)... .. 1
— prepucial..... 8	Mamas..... 16
Lámina externa del prepucio.. 5	Labio inferior de la boca..... 3
Vaina cutánea del pene..... 4	Labio superior de la boca..... 1
Escroto..... 2	Nalga izquierda..... 1
Interior de la uretra..... 1	Muslo derecho..... 1
Labio inferior de la boca..... 7	Amígdala derecha..... 1
Labio superior de la boca..... 3	Carrillo derecho..... 1
Región suprapúbica..... 2	Triángulo lateral superior dere-
Carrillo izquierdo..... 2	cho del cuello..... 1
Triángulo superior izquierdo del	
cuello..... 1	<i>Total..... 56</i>
Triángulo superior derecho del	
cuello..... 1	
Suelo de la boca..... 1	
Lengua..... 1	
<i>Total..... 354</i>	

RESUMEN

	Sífilomas genitales.	Extragenitales.	Total.
Hombres...	335	19	354
Mujeres....	31	25	56
<i>Totales...</i>	366	44	410

La causa más importante de esa frecuencia del sífiloma *extragenital* en la mujer consiste en la lactancia (1). De cualquier modo, aunque la afección posee la triste prerrogativa de la ubicuidad, se manifiesta principalmente en tres puntos: los órganos genitales, la boca y las mamas.

Las dimensiones de la sífilo-esclerosis son mayores cuando reside en la piel: allá donde este órgano ofrece la sutileza y morbidez de las mucosas, no suele adquirir gran volumen; hay mucosas en que es pequeña, casi inapreciable... Así, en el conducto vulvo-vaginal, la dureza puede ser circunscrita, de poca duración, y en ocasiones poco accesible. La mayor parte de los sífilomas vulvo-vaginales y uterinos puede percibirse á simple vista, y aunque hay otros rudimentarios y fugaces, lo mismo sucede en otras regiones, por ejemplo, en el pezón. Se han visto sífilomas, ora en un pezón, ora en el frenillo del pene, que examinados detenidamente sólo daban la sensación de una induración pastosa, y que hubieran pasado desapercibidos á no tener en cuenta las numerosas adenopatías concomitantes. Tanto en los genitales como en otras regiones más ó menos distantes, el fenómeno primario puede ser único, pequeñísimo, anodino, efímero, y no presentar nunca una induración absolutamente patognomónica.

Si la enfermedad coincide con la blenorragia ó con la úlcera venérea, puede suceder que se modifique algo su aspecto; pero téngase en cuenta que los tres virus no se excluyen, ni se cruzan en el camino, ni se mezclan y funden para formar un cuarto; si los últimos impresionan un mismo punto, la localidad afecta puede en ciertas condiciones asumir un aspecto mal determinado, pero no tarda mucho en aclararse la situación.

La lentitud del círculo venoso por embarazo, hemorroides, etc., retarda la resolución del sífiloma en la parte congestionada.

Como lesión local, tiene una existencia más regular, menos seria y enojosa que la úlcera venérea, tanto que, aun en las personas más delicadas, puede pasar desapercibido el sífiloma. En muchísimos casos acusan los enfermos cierto dolor, que no se explica por ningún otro fenómeno notable.

Rara vez las irritaciones mecánicas, la poca limpieza, las cauterizaciones violentas é intempestivas, los excesos de cualquier género—

(2) Nuestras cifras deben ser, indudablemente, de las más próximas á la verdad, por estar encargados de la asistencia gratuita de los sífilíticos pobres (hombres, mujeres y niños), tanto en el hospital como en el dispensario, y también de las meretrices infectas en la ciudad.

especialmente en el uso del alcohol,—las fatigas, el desfallecimiento orgánico, etc., determinan en el sífiloma, ó alrededor del mismo, la inflamación, y peor aún la gangrena ó el fagedenismo.

La inflamación hace que se torne rojo-violáceo, négruzco, equimótico, y que segregue una serosidad sanguinolenta. Si aquella causa obra alrededor del sífiloma, lo circunda de una zona edematosa, á veces pastosa, compacta, la cual se disipa casi siempre con rapidez, y puede desaparecer también momentáneamente por la presión.

La gangrena—que es mucho más frecuente en el hombre—interesa el glande y el prepucio, sobre todo cuando hay ó sobreviene fimosis ó parafimosis. Puede provocar graves destrucciones. Según Clerc, la gangrena neutraliza, destruye *in situ* la virulencia de la enfermedad, pero, después de los hechos que acabamos de exponer, se comprende que no debe admitirse en absoluto semejante influencia.

El fagedenismo es mucho menos frecuente; se limita casi siempre á destruir el neoplasma, rara vez llega á las partes sanas y dura poco: es mucho más leve que cuando se declara en una úlcera venérea. Tanto la gangrena como el fagedenismo pueden dejar en el sitio que ocuparon una úlcera completamente blanda (1).

Las linfo-adenopatías acompañan con tanta frecuencia al sífiloma, que puede decirse son sus compañeras inevitables. La linfítis interesa generalmente pocos vasos, uno ó dos, que engruesan desde el sífiloma hasta uno de los ganglios más próximos, pudiendo seguirse casi siempre con el tacto tal infarto. Esta linfítis trayectiva se manifiesta por uno ó más cordones flexuosos, lisos ó moniliformes: hácia su origen se ensancha á veces en forma de pata de ganso—linfítis radical múltiple—con un brusco engrosamiento, mayor en el punto de unión: en ocasiones, la tumefacción puede desaparecer, casi insensiblemente, bajo la mano. El tejido conjuntivo ambiente suele presentarse infiltrado. Esta perilinfítis, si sobreviene en torno de muchos vasillos próximos entre sí, puede determinar durezas amplias, verdaderas placas bajo la piel, que en algún punto puede llegar á estar adherida. A veces la inflamación del tejido conectivo que con el linfático envuelve también las arterias y las venas, llega á comprimir los diversos elementos que constituyen el haz vascular.

(1) Mauriac ha visto un caso de fagedenismo muy doloroso en la punta de la lengua. Nosotros hemos observado igual fenómeno en el glande de un soldado que por espacio de ocho días sufrió atroces dolores, siempre que no se hallaba bajo la acción de los anodinos enérgicos.

El engrosamiento, la dureza, la indolencia, la movilidad, la lentitud en la resolución—cuatro ó cinco semanas y aun meses enteros—caracterizan á dichas linfítis. En casos excepcionales, se prestan los linfáticos á ectasias, á supuraciones, á formaciones de fistulas linfáticas, al través de las cuales puede penetrarse con el estilete, en las dos secciones del vaso, percibiéndose la dureza y engrosamiento de sus paredes. Ciertas tumefacciones nudosas, discos indurados y masas irregulares de la piel, que se ven en algunos enfermos al lado del sífiloma, parece que deben su origen á estas linfítis.

Las linfopatías á que nos referimos son en la mujer mucho menos frecuentes que en el hombre. Si aparecen en los grandes labios, provocan un edema considerable y hasta durezas nudosas, tanto en el panículo del monte de Venus como en el pliegue génito-crural. Las induraciones en el tejido subcutáneo, adherentes ó no á la piel, pueden ser ocasionadas por factores extraños á la sífilis, en localidades diversas. Hace cuatro años vimos una placa, del tamaño de una haba, perfectamente circunscrita, en la piel del pecho de una mujer, sana por lo demás, que criaba á un niño que no era suyo, el cual niño presentaba una dermatosis sospechosa.

La linfítis acompaña tan solo en casos excepcionales al sífiloma *extragenital*.

Ni una sola vez hemos visto faltar la adenitis al lado del sífiloma: en ocasiones, se limita al engrosamiento de dos ganglios ó de uno solo (en las ingles, en un caso de sífiloma del glande, en que vimos comenzar el fagedenismo el 5.º día de la enfermedad).

En ocasiones, los ganglios aparecen engrosados antes de que sobrevenga la infección; algunos pueden haber sido destruidos por supuraciones precedentes. El grosor del panículo adiposo impide á veces percibir el infarto. El fagedenismo, obstruyendo los vasos linfáticos próximos, puede haber impedido que llegue á los ganglios la influencia de la enfermedad. En los sujetos á quienes ya se puede considerar *veteranos* en las luchas con la sífilis, una nueva infección provoca á veces una lesión con todos los caracteres del sífiloma (incubación, unicidad, configuración simétrica, inclinación de los bordes, color y secreción especial del fondo, induración de la base) pero falta uno, la adenopatía: estos son los *chancroides* de Diday. Por último, entre 26 casos de incubaciones experimentales, existen seis en los cuales no se menciona la adenitis.

En suma, si la adenitis no es compañera inevitable del sífiloma, si no sigue á éste como la sombra al cuerpo, es lo cierto que constituye uno de sus síntomas más constantes y regulares.

La adenopatía puede ser precedida por la linfítis; se ven linfítis graves seguidas de adenopatías levísimas. Estas aparecen al terminar el primer septenario ó al comenzar el segundo. Como quiera que á los ganglios inguino-crurales afluyen los linfáticos superficiales, tanto de los miembros inferiores, como de los órganos genitales (incluso el cuello del útero), los del ano y regiones adyacentes... cualquier sifiloma que esté por debajo del ombligo, hará que se pongan tumefactos dichos ganglios. Otro tanto sucede con los epitrocleares y axilares respecto al miembro superior; con los axilares y pectorales (bajo el borde inferior del músculo) respecto á los sifilomas mamarios; con los maxilares y submaxilares en los de los labios y la barba; con los infrahióideos en los de la lengua, con los preauriculares en los de los párpados y la nariz: en una palabra, engruesan siempre los ganglios que reciben la linfa del sitio en que reside la lesión; por regla general, los que se hallan más próximos á ésta.

Carecemos de datos anatomo-patológicos que permitan precisar el momento en que se pone tumefacto el primer ganglio. Es lo cierto que, una vez hinchado éste, rápidamente, sin dolor, sin que el enfermo tenga las más veces la menor sospecha, engruesan algunos más. En 7 á 14 días, pueden aparecer 2 á 10 ganglios en cada lado, tumefactos, bastantes duros, no adherentes á la piel ni al tejido subyacentes, y por lo mismo movibles, indolentes bajo la presión. Entre ellos se destaca, durante algún tiempo, uno más voluminoso, que es el que ha sufrido primero y en mayor grado los efectos del mal (ganglio anatómico); los demás tienen un volúmen poco diferente entre sí. Lo dureza es igual en todos los ganglios, y puede compararse á la de un tejido fibroso ó cartilaginoso y mejor á la misma esclerosis inicial.

La-resolución hace que el ganglio anatómico adquiera poco á poco el volumen de los ganglios inmediatos: la resolución de todos ellos puede necesitar meses y años y hasta no verificarse nunca por completo. Las adenopatías sobrevienen muchas veces á la sifiloesclerosis, pudiendo decirse que son un testimonio póstumo, utilísimo, de la enfermedad.

Rara vez se halla comprometido un solo ganglio; sin embargo, aun estando interesados varios, pueden aparecer tan unidos entre sí, que únicamente permiten reconocer su multiplicidad las numerosas protuberancias de la masa y las diversas depresiones de su contorno.

Tales poliadenitis sólo supuran en casos muy excepcionales. Las irritaciones comunes, la coexistencia de úlceras venéreas ó de una constitución escrofulosa, pueden ser la causa de ese fenómeno. Cuando supura bajo la influencia de la úlcera venérea, es evidente que el vi-

rus de esta puede entrar en el ganglio siempre que encuentre expedito el camino para ello. De cualquier modo, es innegable que el bubon mixto da muchas veces pus auto-inoculable.

La influencia de la escrófula sobre el árbol linfático es más grave y pertinaz que la de la sífilis; unidas ambas, causan adenitis estrumosas. Se ven algunas en los adultos que aparecen en el cuello, bajo la mandíbula, etc., por efecto del sífiloma, y á menudo acompañando á ciertas manifestaciones secundarias. Su notable volumen, los reblandecimientos, seños, fungosidades... son consecuencias casi inevitables. Suspendida ó atenuada la fuerza de la sífilis, la escrófula toma mayor vigor. Cuando el tumor es atacado por la sífilis en segundo lugar, se altera menos que cuando ésta es anterior á la escrófula.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL SIFILOMA.

SU DIAGNÓSTICO.

Cuando se hace un corte á través de la base de un sífiloma, se suele percibir una crepitación, un crugido semejante al que da el corte de un tejido fibro-cartilaginoso. Inmediatamente, de un modo espontáneo, ó por una ligera presión, sale poca sangre y humor por la superficie del corte, que es rojo-pálida, lardácea, compacta. Al microscopio se nota una fina infiltración de elementos linfocitos, sujetos en las mallas del tejido conectivo que desde las papilas se extiende al *corion* y á veces al tejido conjuntivo subcutáneo; y que llena de un modo uniforme todos los elementos del estroma.

Las papilas están aumentadas de volumen: en la parte central aparecen aplanadas, infartadas de sangre, rara vez destruidas. El engrosamiento de las tunicas vasculares constituye uno de los caracteres más notables: se refiere principalmente á la túnica adventicia de las arterias y menos á la de las venas, que pueden estar gruesas y rígidas como arterias. Además de la infiltración de la adventicia y de la parte más externa de la túnica media, existe una proliferación de los endotelios de la túnica interna, la cual está algunas veces tan alterada, que coagula la fibrina de la sangre (Mauriac). Pero, aun sin este último hecho, puede haber estrechez y obliteración de la luz de los vasos, especialmente de las arterias. Estas lesiones del sistema vascular hacen que disminuya el aflujo de sangre, lo mismo que el proceso nutritivo en la parte infiltrada, donde se realiza la destrucción mo-

lecular que prepara la erosión y la exuberación. Según que invada tan sólo la red superficial, ó que interese también la red profunda, unida á los vasos, que establece la comunicación entre ambas, resultarán induraciones superficiales ó profundas.

También los vasos linfáticos sufren de un modo análogo, lo mismo que los filamentos nerviosos, los ganglios cutáneos ó mucosos y los folículos de la piel.

Uno de los caracteres más notables de la infiltración sifilomatosa consiste en que, cuando es absorbida, los elementos propios del tejido vuelven casi siempre á sus condiciones normales, siendo bastante raro que lleguen á estar destruidos. Empero, algunas veces los elementos linfoideos se organizan, en términos que se convierten en tejido conjuntivo adulto. En tal caso, el indicio de la enfermedad es permanente, del propio modo que queda para siempre la cicatriz cuando desaparecen los elementos que constituyen el dermis (1).

En las vías linfáticas, se desarrolla el proceso como en el sífiloma, es decir, con infiltración, substitución adiposa y reabsorción del exudado y en ciertos casos neoformación de tejido conectivo.

• El *diagnóstico* del sífiloma suele ser fácil: sin embargo, en ocasiones está tan rodeado de dificultades, que no puede establecerse á primera vista. El sífiloma naciente, el sífiloma en su período embrional, pueden simular la erosión, la escoriación, el arañazo más insignificante é inocente, cuando tiene mayor fecha, puede tomar el aspecto de las diferentes eflorescencias sífilíticas (pápula, tubérculo, goma) y el de otras diversas alteraciones específicas, es decir, traumáticas, inflamatorias, foliculares, herpéticas, forunculares, de eflorescencias escabiosas, epiteliomatósas, etc, pero, sobre todo puede confundirse fácilmente con la úlcera venérea.

Por regla general, los datos etiológicos, la larga duración de la inervación, la aparición y el curso lento, anodino, aplegmásico, (hasta la reparación que puede ser espontánea); la superficialidad de la solución de continuidad, la induración con sus caracteres especiales, la falta de auto-inoculaciones sucesivas, la poliadenitis linfática... son los puntos que facilitan el reconocimiento. Con todo, los dos datos primeros rara vez pueden utilizarse; los que siguen pueden estar modificados por factores especiales, (suciedad, fimosis, embarazo, irritaciones curativas, etc); puede no existir en el momento del

(1) Cohnheim, *loc. cit.*

examen la dureza de la base; puede ésta no manifestarse nunca; por último, las adenopatías pasan muchas veces desapercibidas.

La apreciación debe fijarse siempre en el cuadro clínico completo; hay casos, siquiera sean excepcionales, en que no existen síntomas generales que aclaren el problema. La esclerosis, y más aún las adenopatías, por sí solas consienten muchas veces el diagnóstico directo.

Las esclerosis nudosas son las menos fugaces; las laminares requieren un examen más atento. Se revelan comprimiendo la parte entre los dedos, en la dirección de la superficie. Conviene aplicar el pulgar de la mano derecha al contorno endurecido y el índice á la circunferencia de éste en el punto opuesto, abarcando así la placa endurecida, como si se quisiera elevarla ó desprenderla de las partes subyacentes; se debe, pues, sujetarle comprimiendo siempre en dirección paralela á la superficie. Entonces observa el médico si, en el esfuerzo para aproximar entre sí los dedos, se percibe una resistencia mayor que la normal del tejido vecino; si esta dureza comienza ó no bruscamente; se podrá calcular el grosor de la placa, comparándola con el tejido sano; si se aprieta sobre el punto prominente del pliegue, se percibe todavía mejor la prominencia que forma el borde endurecido entre las yemas de los dedos.

A veces conviene formar un pliegue del tejido entre los dedos, como si fuera el pliegue de una tela cuya consistencia se quisiera reconocer. En algunos puntos (entrada de la vagina, cuello del útero, uretra, garganta, etc) la induración se percibe y aprecia tan solo por medio de maniobras particulares. Son excepcionales los casos en que no puede comprobarse la existencia de ese síntoma.

Si sobre un sífiloma se desarrolla una úlcera venérea, ó si aquel sufre el fagedenismo ó la gangrena, es fácil que no exista la esclerosis, ora porque no haya tenido tiempo para desarrollarse, ora porque, después de aparecer, se disipó más ó menos pronto. Otras veces, en torno de la induración, se desarrolla una inflamación, un edema, que la oculta. En ocasiones la presión ejercida sobre la induración específica, hace salir muy poca ó ninguna serosidad; en cambio, otras veces, la presión sobre la zona inflamatoria arrastra cierta cantidad de humor, lo hace pasar al tejido ambiente y enmascara así la esclerosis. Se procurará, pues, perseguirle comprimiendo en varias direcciones, y, con un poco de práctica, se encontrará muy pronto bajo la forma de un núcleo compacto central.

Ciertas sustancias, como el alumbre, el sublimado corrosivo, el sulfato de cobre, el nitrato de plata, el nitrato ácido de mercurio, etc.,

pueden dar lugar á escoriaciones y otras soluciones de continuidad, con induración en su base, que simulan perfectamente la sifloesclerosis. Otro tanto puede observarse en las personas que elaboran preparaciones arsenicales; y también pueden engañar del mismo modo las bases de las vejetaciones cauterizadas con nitrato mercúrico, con ácido nítrico, etc. En todos estos casos se tendrán muy en cuenta los antecedentes, las lesiones inflamatorias y también el sitio de mal, la falta de recientes poliadenitis indolentes... y, si es preciso, el curso clínico ulterior.

En el surco balano-prepucial y en la corona del glande aparecen ciertas lesiones foliculares llamadas forúnculo-acneiformes ó antra-coides, las cuales provocan una dureza bien limitada, pero de curso agudo, con mucho dolor, con fiebre, con eliminación de un fragmento necrótico y sin adenopatías (1).

Después de la circuncisión, el prepucio que queda puede tornarse duro y consistente, lo mismo que algunos ganglios vecinos; pero estos hechos se realizan poco después de la operación citada, y de un modo subagudo. También en las niñas la vulvitis puede dar lugar á erosiones con induración subyacente: tales vulvitis suelen ser sintomáticas de un estado general linfático, ó secundarias á intérrigo, catarro vaginal, etc.

Todo engrosamiento de la fosa navicular que no tenga conexión con el meato, suele ser debido á la blenorragia: también aquí se consultarán los ganglios. Los ganglios menos directamente expuestos á los agentes externos suelen enfermar con una gravedad que oscila menos que la del sifiloma, y que no depende de la gravedad de éste.

En suma, la adenopatía puede faltar, ó no ser apreciable, ó no tener, por razones especiales en el individuo, una significación unívoca y decidida.

Establezcamos ahora el paralelo entre el sifiloma por un lado, el herpes, la úlcera venérea y el epitelioma por otro:

(1) Breda, *Contribuzione allo studio delle lesioni non viru'ente dell'organo virile*. Gazzete Med. Prov. Venete. 1880.

Herpes inflamatorio.

1. Erupciones de vesículas en grupos, acompañadas de prurito y escozor; de curso agudo; regularmente expuestas á numerosas recidivas, por causas comunes.

2. Erupciones múltiples miliares ó mayores cuando llegan á confluir, y entonces siempre policíclicas, de color rojo-vivo; base no indurada, sin manifestación ganglionar. Rara vez engrosado un sólo ganglio, que en casos excepcionalísimos supura. Erosiones cuya reparación es espontánea, rapidísima.

Úlcera venérea.

1. Nace exclusivamente de otra úlcera venérea de los tegumentos, ó bien de las vías linfáticas.

2. A las 12, 24 ó 36 horas del contagio comienza la lesión, que se madura en la primera semana.

3. Comienza con una pústula, rara vez como úlcera abierta.

4. Por lo regular, hay muchas úlceras y esto por inoculaciones múltiples, simultáneas, pero muchas veces por auto-infecciones sucesivas, aun con varias semanas de distancia entre la primera y la última.

5. Casi siempre destruye los elementos que constituyen la piel, en gran parte ó en todo su espesor.

6. Por lo general los bordes de la úlcera son sonrosados, cortados á pico, dentados, desprendidos; el fondo es grisáceo, lardáceo, desigual, anfractuoso, segrega gran cantidad

Sifiloma.

1. Aparición de una mancha-pápula, de curso lento, anodino; en casos muy excepcionales, recidiva al cabo de algunos años, lo cual revela siempre la infección específica.

2. Solución de continuidad única y mayor, menos superficial, no policíclica. Con esto coincide la poliadenitis indolente, de reparación espontánea, pero más lenta y menos estable, y que deja sobrevivir la induración que está por debajo.

Sifiloma.

1. Nace por contagio, por medio de la secreción del sifiloma, ó de las sífilides secundarias, ó de la sangre de un sujeto sífilítico.

2. Tiene constantemente una incubación, que dura 2 á 4 semanas.

3. Se declara por una mancha, á menudo por una pápula ó por un tubérculo.

4. Generalmente el foco es único; si son múltiples, reconocen un contagio simultáneo y en casos muy excepcionales contagios sucesivos, pocos días después del primero.

5. Por lo general interesa la piel; destruye casi solo los elementos de infiltración.

6. Faltan casi siempre verdaderos bordes; si existen son declives, en forma de embudo, adheridos al fondo; este suele ser liso, reluciente ó irisado, cubierto á veces por

de pus inoculable al mismo individuo y á los demás. Falta la induración y si existe es pastosa, dolorosa, decididamente inflamatoria y de corta duración. La reparación suele efectuarse con una verdadera cicatriz, permanente.

7. Rara vez existe inflamación de los linfáticos emergentes. Los ganglios aparecen ilesos en la tercera parte de los casos. Otras veces se inflama alguno de ellos, en uno ó en ambos: sus terminaciones frecuentes son la supuración, lo mismo que la ulceración, con productos inoculables como la úlcera primitiva.

8. Son lesiones, tanto la úlcera como las adenitis, acompañadas de vivo dolor y que se complican no pocas veces con fagedenismo y hasta con gangrena.

9. La úlcera puede manifestarse en el mismo individuo un número infinito de veces.

10. Estrasmisible á los animales.

11. Es afección que se disipa en el mismo sitio en que nace, sin intoxicación del organismo.

12. El tratamiento interno con el mercurio puede ser perjudicial; nunca ventajoso;

una pseudo-membrana; da una secreción escasa, serosa, no inoculable al mismo individuo; la base tiene por debajo una induración fibrosa ó condroidea, bruscamente limitada, poco á poco reducible é indolente á la presión, que persiste compacta durante algunos meses: la reparación no suele efectuarse con tejido cicatricial y permite que vuelva á abrirse la esclerosis.

7. Es bastante frecuente el engrosamiento de los linfáticos emergentes. Como regla casi absoluta, los ganglios más próximos están gruesos, compactos, permaneciendo movibles ó indolentes: si, en casos excepcionales, supuran, no es tanto por efecto de la úlcera como por ciertas causas coeficientes. El pus no engendra un nuevo sífiloma en el individuo que lo padece.

8. El sífiloma y la poli-adenitis són tan indolentes, que no pocas veces pasan desapercibidos, aun por el mismo enfermo. El fagedenismo y la gangrena son, en estas circunstancias, bastante raros.

9. El sífiloma confiere, durante muchos años, la inmunidad para otro sífiloma.

10. No está bastante comprobado que no sea un triste, pero exclusión, privilegio de la raza humana.

11. Se relaciona con una enfermedad de todo el organismo.

12. Mejora bajo la influencia del uso interno del mercurio.

Todos estos caracteres no bastan en muchos casos para diagnosticar algunas lesiones. En tales circunstancias, se puede recurrir á la anamnesis; se verá si el individuo ha tenido ó no sífilis algún tiempo antes, se hará el examen—si es posible—del infectante y del infecto; por último, podrá ser útil una inoculación en el mismo individuo, esperando el curso ulterior del proceso morbosos.

Cuando en una misma localidad, se desarrollan, próximos ó sobrepuestos, á un tiempo ó sucesivamente, ambos hechos morbosos, puede ser difícil descubrir el sífiloma. Sólo una investigación analítica, minuciosa, sobre los contactos y circunstancias diversas que hayan hecho enfermar al sujeto, extendida también á la evolución, á la fisonomía y á las complicaciones de la enfermedad; además, las inoculaciones espontáneas ó artificiales, la época de los síntomas subjetivos... etc., consentirán apreciar las diversas manifestaciones, las distintas etapas de la condición morbosa.

Una úlcera que da pus auto-inoculable y que al propio tiempo provoca manifestaciones sifilíticas, no puede ser más que una úlcera mixta.

No menor cuidado y experiencia se necesita cuando el fagedenismo ó la gangrena han invadido la lesión y destruido el suelo que la sostenía. En tales casos, si no nos ilustra la anamnesis, es preciso esperar á que se manifiesten los síntomas generales.

El sífiloma puede hallarse enmascarado por productos inflamatorios, como ya dijimos en otro lugar, entre ellos una balano-postitis secundaria. Ahora bien, toda balano-postitis con fimosis, que aparece algún tiempo después del último coito, en un individuo que no se halle predispuesto á tal inflamación, y que se declara con síntomas poco considerables, con edema prepucial moderado y con secreción escasa, debe excitarnos á practicar un examen atento de las superficies mucosas y de los ganglios inguinales:

He aquí lo que se observará:

En la balano-postitis por úlceras venéreas.

1. Inflamación rápida intensa, mucho dolor, mucha secreción de materia densa y sanguinolenta.
2. Frecuente el edema agudo, la rubicundez de la piel, el flemón.

En la balano-postitis por inflamación.

1. Inflamación lenta, leve, poco dolor, escasa secreción y más ténue.
2. Infrecuente el edema, que en este caso se forma lentamente y se hace plástico.

3. Secreción auto-inoculable, frecuentes úlceras en el borde, infarto pastoso por debajo de las úlceras, que son dolorosas; son comunes las linfítis y adenítis aguda, lo mismo que las complicaciones en la propia úlcera.

4. El acto de descubrir el glande es difícil, más que todo por el dolor.

3. Secreción no auto-inoculable, focos en número menor, poco dolorosos, con induración y adenopatías características, son raras las complicaciones en el foco. En el dorso del pene se aprecia muchas veces la linfítis.

4. El acto de descubrir el glande es casi imposible por la gran infiltración que existe.

Algunos casos citados por Blacheyre y por Hertaux indican las analogías que pueden existir entre el sífiloma y el epitelioma: nosotros podíamos citar un ejemplo de operación de un labio, por creer que se trataba de epitelioma, cuando no había más que un sífiloma.

El epitelioma es casi exclusivo de la vejez y de la edad avanzada. Es más frecuente en los puntos de paso de la piel á la mucosa; comienza y se ensancha por nódulos, dispuestos uno al lado del otro. Su desarrollo es mucho más lento que el del sífiloma, pero progresa de un modo incesante, durante meses y aun años enteros, hasta producir la muerte del enfermo. La curación espontánea es tan excepcional, que clínicamente puede considerarse como irrealizable. Va acompañado de dolores, á veces muy vivos, y las adenopatías no aparecen hasta que han transcurrido algunos meses desde el principio de la afección. Puede presentar focos, próximos y remotos, pasado cierto tiempo, de idéntica naturaleza histológica. La úlcera epiteliomatosa es menos regular, más profunda que la pérdida de substancia del sífiloma, tiene bordes tumefactos, desprendidos en algunos puntos, sinuosos; fondo desigual y que segrega una materia más copiosa y densa que el sífiloma; presenta gránulos blanquecinos; su dureza no es nunca cartilaginosa, ni siquiera fibrosa, etc. Su larga duración, sus síntomas generales de infección, el examen histológico, en casos de incertidumbre, pueden proporcionarnos un criterio para decidirnos en casos difíciles.

PRONOSTICO Y TERAPEUTICA DEL SIFILOMA

En el pronóstico debe tenerse en cuenta el sífiloma por sí mismo y más aun en sus relaciones con la infección general.

Por lo que á él toca, es una lesión leve, indolente, que cura de

un modo espontáneo, que solo en casos excepcionales lleva consigo complicaciones, generalmente leves. Aun cuando resida en los labios, en la lengua, en los carrillos, en la garganta, nunca hemos visto que perturbe notablemente la masticación, la deglución, ni las funciones gástricas. Las mismas linfo-adenopatías que lo circundan, no causan regularmente molestias dignas de mérito.

Examinemos ahora el sífiloma respecto á la infección de la cual procede y á la que él mismo determina. No es cierto que resulte una infección leve ó grave según proceda de una manifestación primitiva ó secundaria, ligera ó profunda: son casi exclusivamente las actividades orgánicas las que trazan la forma y curso de las manifestaciones primitivas y generales. Por eso no debemos acuparnos tanto del foco en que adquirió la enfermedad nuestro paciente, como de las condiciones generales propias de este último.

La misma duración de la incubación nada dice de positivo respecto á la importancia del accidente ni á sus consecuencias.

Bassereau, Langlebert y Diday se esforzaron en encontrar una relación entre la importancia del hecho primero y la gravedad de sus sucesiones (*ley de concordancia*). Es cierto, por lo general, que los sífilomas fagedénicos anuncian expulsiones cutáneas pustulo-ulcerosas precoces, exóstosis, cáries, etc.; pero, pasado este límite, no puede llevarse más allá la correlación, sin que encontremos muy pronto excepciones que destruyen á menudo la regla.

Ya veremos en otro lugar que tampoco existe ese paralelo entre las formas secundarias y las terciarias.

En los sujetos linfáticos, en los escrofulosos, en los alcoholizados, en los deprimidos por alguna enfermedad local ó constitucional, en los viejos y en los niños, la infección suele tener peores consecuencias; en el sexo masculino las manifestaciones secundarias son más repetidas, más fuertes y tenaces que en el femenino; en cambio, en la mujer son relativamente más frecuentes las alteraciones terciarias. El embarazo agrava el pronóstico, lo mismo que ciertas enfermedades, sobre todo aquéllas que interesan sistemas importantes, por ejemplo el nervioso.

Por otra parte, ciertos modos de ser, más del sugeto que de la forma primitiva, hacen á veces prever la mayor ó menor benignidad de las erupciones próximas; pero en rigor casi nunca existen datos atendibles por los cuales pueda calcularse el porvenir de un individuo sífilítico.

Verdad es que, tratándose de mal que puede dar lugar á tan serios accidentes, sería una gran ventaja sofocar el germen morbosó ó ale-

jarlo, antes de que se iniciara la larga serie de sus consecuencias. Pero, una vez que ha penetrado en la piel la materia contagiosa, ¿existe ó no la infección inmediata, instantánea de todo el organismo? ¿Se mantiene en aquel punto, se vigoriza, ó manda en seguida sus emanaciones á los líquidos y sólidos de la economía? *¿Nace la infección con el sífiloma ó por el sífiloma?*

Para resolver esta cuestión, sería necesario, en rigor, ver ante todo si existe ó no el virus aludido en la sangre y en otros humores, tan pronto como se sospecha la aparición de la sífilis primaria. Si se tiene en cuenta el modo cómo proceden algunas infecciones análogas (1); el orden con arreglo al cual se constituyen las primeras alteraciones materiales, poco después de la infección; si se considera que la infección que interesa á las embarazadas en los dos últimos meses no tiene tiempo para invadir al feto... cabe pensar que existe una infección localizada, y que sólo más tarde se declara la general. Este concepto nos conduciría indudablemente á destruir ó alejar el sífiloma, con objeto de prevenir el peligro de infección del organismo.

Dicho *tratamiento*, preconizado con el lisonjero título de *abortivo*, ha sido recomendado por Juan de Vigo, en 1508 (2); por Blegny, en 1685; por Hunter, en 1787; y más tarde por Ricord, 1856; por Sigmund, 1855 y 1867; por Hueter, 1876; por Auspitz, 1877; por Unna, etc. Por lo que nosotros hemos podido observar, entre un total de 460 sífilomas tratados desde 1867 á fin de 1885, con dicho método, casi todos por la escisión, sólo se obtuvieron 74 éxitos.

Bumm, en 12 casos (1882) no observados quizá con bastante detenimiento, estirpó también los ganglios engrosados concomitantes, con lo cual no parece que cometió dicho autor ninguna exageración.

En realidad, nunca hemos podido comprender cómo los vasos linfáticos que absorben siempre, con tanta prontitud, los más diferentes virus, y aun algunos elementos celulares y granulares de substancias procedentes del exterior, llegarían á infartarse junto á un sífiloma, sin que hubiera penetrado en ellos el virus. De esto es sin duda culpable el virus, al menos en gran parte, dado el carácter afegmático del sífiloma, que hace enfermar el árbol linfático, en tanta extensión y gravedad, antes de que aparezca cualquier otro síntoma.

(1) Liebermeister, *Lecciones de Patología general* (Enfermedades infecciosas).

(2) «In primis veniendo ad originem morbi, videlicet ad pustulas, que solent accidere in virga, sine aliqua temporis intermissione, protinus medicamine acuto malignitatem earum interficiente, sunt delendæ, ut exinde, earum malitia per totum corpus non extendatur». *Aphrodisiacus*.

Nosotros hemos recurrido al tratamiento abortivo en nueve personas, y solo una parece que no sufrió la infección general. Mauriac extirpó tres sífilomas á las 50, 48 y 40 horas de su aparición; Bums-tead y Keies lo destruyeron el mismo día de su aparición; Rasori 12 horas después, y, por último, Bulkley Hill cauterizó con ácido nítrico fumante toda la superficie herida del frenillo en un hombre, hora y media después de haber sobrevenido su rotura en el coito. Todos estos casos fueron seguidos de éxito.

[Los sífilógrafos españoles Dres. Castelo, Bombín, Viforcós, etc., han hecho la extirpación del sífiloma sin resultado alguno.—H. B.]

Ahora bien; aun admitiendo que el individualismo juegue papel importante en la prontitud de difusión del virus, el gran número de éxitos alcanzados por algunos médicos no puede menos de suscitar algunas dudas. Así, es de suponer que la alteración que se ha operado no sea siempre un sífiloma, sino una úlcera venérea, una úlcera común, una lesión traumática, un goma, etc. En varios casos, la observación no ha sido bastante larga. Y es tanto más fácil el error en tales circunstancias, cuanto que, para obrar con esperanza de éxito, se necesita atacar la lesión en una época en que no tiene todavía una fisonomía propia decidida; por otra parte, las comprobaciones entre el enfermo y el supuesto infectante no siempre son posibles, y algunas veces llegan á ser falaces. El mismo examen histológico del trozo enfermo suele no dar ningún resultado positivo. Además, la poca atención que ponga el operado puede concurrir á perturbar la estadística.

En suma, sentimos no poder aceptar en absoluto las brillantes estadísticas que presentan algunos autores.

Para intentar el tratamiento abortivo, es necesario que, por la noción exacta y rigurosa de la fecha y modo de nacer, por la duración del período de incubación, por la unicidad é indolencia del sífiloma, por su purulencia escasa ó nula, etc, adquiramos el convencimiento ó por lo menos una completa persuasión de su índole sífilítica. También veremos si es cierto que faltan aún las adenopatías.

Se procurará obrar sobre el sífiloma, cuando sea posible alejarlo ó destruirlo por completo, y hasta con algo de tejido sano alrededor, bajo la influencia de una antiseptia rigurosa. Los bordes de la herida deben ser limpios y en ocasiones conviene suturarlos. Para destruir el foco *in situ*, se empleará después el termo-cauterio. Se examinará luego al operado, en todo su cuerpo, cada quince días, al menos durante seis meses.

El tratamiento llamado abortivo reemplaza á veces una lesión

que puede dar lugar á dolores, llegar á abrirse, etc, por una cicatriz. El método puede convenir para la profilaxis social; no cabe negar que mitiga en ocasiones las consecuencias de la infección. Sin embargo, no por eso debemos considerar la cuestión como juzgada, y, pensamos, por otra parte, en que son excepcionales los casos en que debe recurrirse al tratamiento abortivo con ciertas probabilidades de éxito.

La medicación local que debe aplicarse ordinariamente, al sifiloma se resume en pocas palabras: cuanto menos se haga, mejor es. «Con la higiene, el agua y las hilas, se cura fácil y rápidamente, ó más bien se deja curar; y no hay otra cosa que hacer, porque su tendencia consiste en curar por sí solo y espontáneamente (Fournier)».

Conviene, desde que aparece este accidente, desde el primer ingreso en el territorio de la sífilis, evitar las fatigas materiales, la exposición á las temperaturas extremas, etc, según repetiremos al hablar de la terapéutica de la sífilis. Será útil tener limpia y protegida la parte con unas hilas ó una compresita untada de emplasto mercurial; ó bien pasar por entimá de ella, por mañana y tarde, unguento mercurial ó calomelanos, para favorecer la resolución de la induración. También tiene sus indicaciones el iodoformo.

En las balanopostitis infectantes, las inyecciones con disoluciones de ácido fénico ó de sublimado corrosivo, podrán no bastar para impedir la gangrena que amenaza por compresión, y entonces se desbridará el prepucio haciendo una incisión.

En el orificio de la uretra, y en una porción más interior del conducto, podrá el sifiloma producir estrecheces que dificultan la micción: entonces es útil intervenir á tiempo, aplicando candelillas cónicas, dilatadores de Dittel, etc. No se olvidará en estos casos el unguento ó el emplasto mercurial, que se debe introducir en la uretra, y también puede ser útil un amasamiento moderado. El nitrato de plata suele servir cuando el foco tiene mal carácter ó es demasiado vegetante, ó atónico; las demás veces, no es necesario é irrita extraordinariamente.

Las adenitis se disipan también por sí solas. Si llegan á reblandecerse, si toman carácter escrofuloso, puede aplicarse cuanto hemos dicho al hablar de las adenopatías venéreas.

¿Se debe plantear inmediatamente el tratamiento general cuando aparece el sifiloma (*tratamiento preventivo*) ó bien es mejor esperar las manifestaciones secundarias (*método expectante*)?

Por nuestra parte, durante tres años, hemos empleado el tratamiento preventivo por medio de los mercuriales, y durante otros dos

con los iódicos; en cambio, en los últimos siete años hemos esperado los efectos de la sífilis generalizada, antes de recurrir á tales específicos. Hasta ahora no hemos visto que las consecuencias de la expectación sean desastrosas, ni que el tratamiento preventivo asegure el porvenir mejor que el espectador: lo que conviene siempre es una higiene sana, rigurosa y continuada. El ioduro de potasio parece tiene mayor influencia sobre la fiebre que el mercurio. Este, sin duda alguna, puede activar la resolución de la esclerosis.

Nada consigue retardar y atenuar las formas secundarias mejor que las reglas higiénicas, y algunas medidas destinadas á dar mayor resistencia á las encías, á la garganta, etc., que en otro lugar expon-dremos, sobre todo en los casos en que se quiere, por medio de los ferruginosos, de los tónicos, etc., disminuir la vulnerabilidad del sujeto. Dos meses de tratamiento general, antes de que aparezcan las manifestaciones, no son indiferentes para un organismo que, cuando llega á padecerlas, siente menos la influencia de los mismos remedios á cuyo uso se acostumbra.

La higiene—repetimos—algunos agentes que vigoricen tal ó cual localidad, ó bien el organismo entero, llamado á luchar contra las manifestaciones generales, dan los mejores resultados y pueden considerarse los mejores profilácticos.

No hay que negar que el mercurio, usado como medio de tratamiento general, durante varias semanas consecutivas, puede favorecer los fenómenos hiperémicos de la boca, la garganta, y que, por otra parte, facilitará quizás la aparición de las manifestaciones específicas y las harán más rebeldes. Además, en la gran parte de los individuos, las formas secundarias son las más benignas, las más leves, y en parte aptas para una resolución espontánea. Ni el mercurio ni el iodo impiden siempre la aparición de las manifestaciones: con frecuencia continúan brotando las erupciones, á pesar de la más oportuna administración de dichos remedios, en términos que parece no obran contra el germen de la enfermedad, sino sólo contra algunas de dichas manifestaciones.

Si el sífiloma es atacado por el fagedenismo ó por la gangrena, se recurrirá á un tratamiento general, con el fin de que la curación sea más rápida. Pero, aun en tales casos, si se esperara prevenir de este modo una forma grave precoz, se pecaría de fanatismo ó de inexperiencia.

Admitido que las formas graves, en las clases pobres, suelen resultar de un conjunto constituido por la enfermedad, por la negligencia, por la miseria, por la falta absoluta de higiene... es claro que

nada ganaremos con el tratamiento preventivo, si á la vez continúan ciertos descuidos, la poca limpieza, la mala alimentación, etc.

La higiene es el elemento indispensable y precioso en el primer período, en la segunda incubación, en todos los tiempos de la enfermedad. Si el mercurio y el iodo tienen una eficacia sorprendente para alejar las manifestaciones, eficacia que llega á ser prodigiosa cuando éstas son cronológicamente graves... en cambio poseen muy escasa ó ninguna virtud profiláctica. Esta; la lucha contra la causa primera del mal, es sobre todo del dominio de la higiene.

DOCTRINAS SIFILOGRÁFICAS.

IDENTISMO, UNICISMO, DUALISMO.

Desde 1492, época en que la sífilis con su terrible progreso llamó la atención de los médicos, comenzaron á reinar entre éstos divergencias considerables.

Los médicos italianos de los siglos xv y xvi llegaron á una distinción bastante precisa, entre la blenorragia y la sífilis (Massa, Torella, Fracastor, Benedetti, Marcelo Cumano, Fallopio), y no faltó entre ellos quien hizo una descripción distinta de la úlcera venérea (Fallopio, 1571). Esto no impidió que el origen común de las tres enfermedades que se contraen por el acto sexual obligara más tarde á los médicos á considerarlas como *efectos de un virus idéntico* (IDENTISMO).

Morgagni demostró que la blenorragia rara vez se halla relacionada con la existencia de una úlcera uretral. Los estudios y experimentos de inoculación, realizados por Balfour (1767), Tode (1777, Bell (1793), Bousquillon (1802), Hernández (1812), y más aun los de Ricord, que, desde 1831 á 1837, hizo millares de inoculaciones de pus blenorragico, ninguna de las cuales fué seguida de úlcera ni de infección, demostraron la *no equivalencia entre el virus blenorragico y el virus sífilítico* (NO IDENTISMO).

Juan Hunter (desde 1728 á 1793) fijó muy especialmente su atención sobre las úlceras, dividiéndolas en úlceras duras y úlceras blandas, y estableciendo la conexión de la úlcera dura con la sífilis general. Practicó tentativas de inoculación en sujetos sífilíticos, y dedujo que ni la secreción de la úlcera dura ni la de la sífilis secundaria son inoculables al portador, consideró la úlcera dura como la

afección primaria de la sífilis, como única causa de la misma (DUALISMO).

Ricord se atuvo, desde 1852, á un concepto bastante antiguo, á saber; que si el pus de la úlcera en general penetra en los ganglios linfáticos vecinos, y los lleva á supuración, el proceso—sífilis—habrá muerto allí y extinguido por completo el principio infectivo; y que si el contagio vence tal barrera y se extiende por todo el organismo, después que la base de la úlcera se ha puesto dura, resultará la sífilis general. Con arreglo á tal doctrina, el *virus* de ambas úlceras habrá sido uno, con efectos diversos según las condiciones de su fuerza y la resistencia del terreno (UNICISMO). Pero entre tanto Waller, con sus experimentos realizados, no como Hunter y Ricord en sujetos sifilíticos, sino en personas completamente sanas, demostraba y medía la contagiosidad de los productos de la sífilis secundaria y de la sangre. Se ponía ya entonces mayor atención en el valor pronóstico de la esclerosis.

Desde el siglo XV se estudió el significado de tal induración. Más tarde, Pareo la declaraba explícitamente el signo propio de las úlceras que darán la *lue*. El Dr. Petit confirmó este juicio, que apreciaron mejor Hunter y Ricord. Un discípulo de este último, el Dr. Bassereau, apoyándose en noticias históricas, y más aun en la observación y en los resultados del examen de tres enfermos de úlceras y en los que había suministrado el contagio, dedujo que la *úlcera blanda* y la *úlcera dura* dependían, no tanto de diferencias del terreno, cuanto de *diferencias esenciales del germen virulento*; que había, pues, dos contagios ulcerosos substancialmente diferentes, y que de estos uno era apto para provocar un proceso localizado é incapaz de ejercer su influencia más allá del grupo ganglionar próximo, pues se agotaba allí; mientras que el otro podía dar la úlcera dura y la sucesiva sífilis general (DUALISMO FRANCÉS).

Rollet sistematizó todavía más esta doctrina, y la puntualizó explicando algunos hechos, al parecer contradictorios y que podían debilitar la doctrina, mediante la teoría de la simultánea ó sucesiva acción, sobre un mismo sitio, del virus de la úlcera venérea y del que acompaña á la sifilítica: la práctica de la sifilización vino á aportar nuevos hechos en apoyo de tal dualismo.

Sin embargo, algún autor observaba al mismo tiempo que con la inyección de los líquidos sifilíticos en los individuos sanos, se obtiene, no tanto una úlcera, como una induración. De aquí partió la doctrina del DUALISMO ALEMÁN, promulgada por Bäresprung en 1860, según la cual la induración solo constituye el caracter diferencial, no

tanto entre la úlcera venérea y la sífilítica, cuanto entre la úlcera venérea y la sífilis: la esclerosis, pues, no sería la causa sino la consecuencia, la confirmación de la sífilis constitucional, y precedería siempre á la formación de la úlcera.

Tenemos, pues, un *virus* de la úlcera venérea y además un *virus* sífilítico.

Sigmund, que tan gran papel ha desempeñado en la sifilografía moderna y que desde 1860 á 1861 había defendido el unicismo, cambió de parecer en 1864—como lo había hecho el mismo Ricord en 1852—y declaró que «el concepto de dos grupos morbosos, uno y otro esencialmente diferentes, se funda en la observación de los enfermos; y la idea de que existen dos materias fundamentales de contagio, muy diversas, descansa en la observación y tiene en su favor la inducción y la analogía. Con este dualismo se explican de un modo más sencillo y justo que con cualquier otro concepto, los procesos de ambas enfermedades: úlcera venérea y sífilis.» El autor citado admitía la sífilis iniciada siempre con esclerosis, aceptaba la úlcera mixta, etc.

Por lo demás, ni el dualismo francés, ni el alemán—que es más restrictivo y absoluto—han conseguido poner de acuerdo á todos los sifiliógrafos. Vemos cuán discutida es la relación de tiempo entre la infección general, y la local; pero hay más, no faltan aun partidarios del unicismo, no se han acabado todavía los defensores del insostenible identismo. «La clínica y el experimento—escribe Kaposi—han comprobado la seguridad de la transformación de las formas primarias (úlcera blanda, úlcera dura, pápulas), una en otra y en las producciones de la sífilis general, pudiendo asegurarse que todas estas formas derivan de una misma causa.» El argumento delicadísimo, no ilustrado todavía bastante por las inoculaciones artificiales (1) la posibilidad real de la úlcera mixta, las gradaciones clínicas tan diversas en el cuadro del sífiloma, la imposibilidad de separar, con una línea artificial, los productos naturales de los patológicos... no pueden menos de vigorizar en los médicos cierto vigorismo científico. Por lo demás, en la práctica, lo que regularmente vale, y vale para todos los médicos, cualquiera que sea la escuela en que militan, es el criterio dualista: los más unicistas en teoría, no pueden menos de declararse luego dualistas en la práctica.

(1) Fundado en esto, Finger define (1885) la úlcera venérea: «un producto del transporte de pus irritante sobre puntos de piel ó de mucosas bastantes irritables.» Pero ¿qué elemento es el que hace irritantes algunas especies de pus?

TRASTORNOS CONSTITUCIONALES

EN EL PERÍODO DE INCUBACIÓN DE LOS ACCIDENTES GENERALES.

Los observadores que realizaron pruebas experimentales vieron que, entre la aparición de la lesión primera y la de las secundarias, transcurre un número variable de días: el mínimo fué de 12, el máximo de 135, la cifra media osciló entre los 44 y los 82. En las infecciones accidentales, dicho intervalo varía de 35 á 60 días, con una duración media de 45. Tal diversidad depende de las condiciones generales del sujeto, de la higiene, de las enfermedades concomitantes, etc. Como algunas veces pasa desapercibido para el enfermo el accidente inicial, no se aprecia entonces ninguno de los más comunes signos prodiómicos de las formas secundarias. Generalmente comienzan sólo algunas semanas después del principio de la esclerosis. Son lesiones objetivas, y pocas veces aparecen síntomas subjetivos. En los últimos días pueden ser numerosas, acompañadas de reacción general y capaces de simular el desarrollo de las enfermedades más diferentes.

De cualquier modo, enferma ante todo el árbol linfático y con mucha frecuencia las amígdalas; además, en la mitad de los casos sufre la nutrición y la crisis sanguínea; preséntanse alteraciones nerviosas, dolores en los músculos, en las articulaciones y en los huesos, en un 15 ó 20 por 100 de los sujetos termina esta introducción á las formas generales con la fiebre, que suele durar 4 á 8 días. La tiroides (1), el bazo (2), los folículos intestinales (3) y las cápsulas suprarrenales (4) toman parte algunas veces en el proceso.

(1) Mauriac, en un caso, observó la tumefacción de la tiroides al comenzar la enfermedad. En un estudiante de medicina hemos visto, en pocos meses, progresar rápidamente un engrosamiento de la tiroides iniciado dos años antes, y que hasta entonces caminaba con lentitud.

(2) Weil y Werver, entre esta fase y en el período segundo, lo encontraron tumefacto en un 7,5 por 100 de los casos.

(3) Oser, en un hombre de 51 años que murió en el curso de un sífiloma maculoso, observó á lo largo del intestino delgado, desde el yeyuno á la válvula ileocecal, numerosas ulceraciones, en el lugar de las placas de Peyero. Al nivel de esas ulceraciones el peritoneo estaba cubierto de nódulos blanco-amarillentos, indudablemente en relación con los vasos linfáticos.

(4) Carecemos de datos positivos en este sentido.

Ninguna enfermedad ejerce tan extensa influencia sobre el árbol linfático como la sífilis en esta fase. La sola diátesis basta para alterarlo en sus diversas partes. Algunas manifestaciones secundarias pueden empeorar tal estado, haciendo que enferme *ex novo*.

No son frecuentes en este período las *linfitis*. Sin embargo, en ocasiones se ven trozos de piel elevados, tensos, en las piernas y en los brazos, á consecuencia de la inflamación de los linfáticos. En un gimnasta de oficio, los linfáticos surales engrosaron y se tornaron dolorosos, de modo que el individuo tuvo que estar en cama algunos días.

Los *ganglios* superficiales enferman en gran número, y también son invadidos los profundos y los viscerales.

Con un examen minucioso, se ve que la lesión se extiende por zonas directas hácia el centro. Los ganglios invadidos con más frecuencia, después de los inguino-crurales son los cervicales posteriores, los suboccipitales, los retro-y preauriculares y los axilares: padecen más rara vez los yugulares superiores, los submaxilares, los epitrocleares, los humerales, los supraclaviculares, los pectorales, los poplíteos, etc.

Engruesan sin síntomas subjetivos, pudiendo estar infartados durante meses y años enteros. La sífilis que ha llegado al período terciario respeta los linfáticos. Si la sífilis despierta la escrófula, los infartos ganglionares, sobre todo bajo la mandíbula y en el cuello, se hacen considerables, estrumosos.

Las ventajas que ofrecen las adenopatías, para el diagnóstico de las formas sospechosas y para la determinación de su cronología semiología, las han valido el nombre, aplicado por Ricord, de *pulso del sífilógrafo*.

Las *tonsilas* enferman más gravemente y con mayor frecuencia en los hombres. Los folículos linfáticos, que tanto abundan en ellas, siguen la misma suerte. Sufren hiperemias, dan mayor secreción, infiltrándose, ora el estroma, ora los folículos, ora ambas partes. Se tornan sonrosadas, rojas, pastosas, duras, voluminosas, desiguales, nudosas, lobuladas, etc. También pueden aparecer turgentes algunos folículos próximos á los ligamentos glosa-epiglóticos y los colocados cerca del orificio de la trompa de Eustaquio. La voz, la deglución, el oído, y en casos excepcionales la respiración, pueden asimismo modificarse y agravar mayormente las lesiones.

Este encadenamiento y las costumbres del sujeto (fumar, mascar tabaco, el abuso de las bebidas alcohólicas, el exagerado trabajo muscular, el linfatismo) preparan el terreno á las diversas localizaciones

sifilíticas y á propagaciones, simples ó específicas, que exigen algunas medidas curativas, entre ellas la amigdalotomía.

Comprometidos tantos órganos hematopoyéticos, no debe asombrarnos que la intoxicación existente llegue á perjudicar la *crisis sanguínea*. En una época en que aún no se había separado la úlcera venérea del sífiloma (1844), Ricord y Grassi no encontraron notables alteraciones en la sangre de los individuos con úlceras, comparada con la de los sanos; en cambio, en los enfermos de sífiloma, demostraron hipoglobulia é hiperalbuminosis transitorias, pero tan marcadas, que los glóbulos rojos habían descendido á una mitad ó un tercio de la cifra normal, mientras que la albumina había aumentado una cuarta parte y hasta una mitad. Wilbouchewitch, en 1876, comprobó la gran disminución de los hematies y el aumento respectivo de los leucocitos.

Esta *clorosis sifilítica* se observa en cerca de la mitad de los enfermos y con mayor frecuencia todavía en la mujer; puede explicar los trastornos nerviosos, gástricos, uterinos, etc., que acompañan á las expulsiones específicas difusas de la piel y de las mucosas.

En la fase de que nos ocupamos puede haber: *debilidad en la circulación, en la vista; en el oído, insomnio esencial*—es decir, sin motivo aparente que lo justifique—*bulimia, polidipsia*, notable *hiperrestesia ó anestesia cutánea* en el lado externo de los antebrazos (1) y de las piernas, en los carrillos, en el pecho, y algunas veces, aunque pocas, *en las mucosas* conjuntival, nasal y faríngea. Con más frecuencia está comprometida la sensibilidad dolorífica, en otros casos la táctil, ó la térmica, en algunos individuos existe cierta *disminución en la sensibilidad y en la fuerza muscular*, alteraciones subjetivas y objetivas referibles al calor; también pueden aparecer y exacerbarse *neuralgias ó neurosis diversas* (2).

Tales neuralgias, tienen de común el ser fugaces, movibles, disminadas; el aparecer en forma intermitente ó remitente, con accesos que llegan á su más alto grado por la noche: son más frecuentes en la mujer, y esto se comprende por la mayor impresionabilidad de la inervación en el sexo femenino. Su principal asiento es la cabeza. La cefalalgia puede estar circunscrita á la frente, á las sienes, al occipu-

(1) En una muchacha, con roseola sifilítica, pudimos atravesar con un alfiler—durante veinte días—un pliegue de la piel de los antebrazos, sin que aquejara el menor dolor. Pasados los 20 días, se quejaba tan pronto como comenzábamos á pincharla.

(2) Liebermeister, *Lecciones de Patología interna*.—Enfermedades del sistema nervioso, versión española del Dr. Carreras Sanchis. (En publicación). Madrid, 1889.

cio, á media cabeza (hemicránea) ó á toda ella. El dolor fronto-temporal puede considerarse como el más frecuente: ora es fijo, ora movable, ora superficial, ora profundo; los enfermos lo refieren casi siempre á la cavidad del cráneo, que parece es estrecho y va á romperse. La cefalalgia comienza al anochecer y cesa por la madrugada; turba con frecuencia las funciones cerebrales, llegando hasta el delirio. No suele ir acompañada de lesiones serias, duraderas; sin embargo, en dos hombres jóvenes apareció asociada á un disco de osteo-periostitis, acompañada también de manifestaciones cutáneas y mucosas.

Las esternalgias, las costalgias (de las cuales resulta muchas veces el asma sífilítico), las ostealgias en general, no son propias de esta fase, pues se manifiestan cuando la enfermedad está ya más avanzada. En cambio son comunes los síntomas dolorosos en el sistema fibro-muscular. Las artralgias y miosalgias vagas constituyen los llamados *dolores reumatoideos*. Esta forma de reumatismo muscular se declara á veces con el tipo propio del *lumbago*, del *torcícolis*, de la *pleurodinia*, de la *omalgia*, etc. Rara vez se encuentra, en este período de la enfermedad, la *hipostenia* muscular circunscrita á un grupo de músculos, ó extendida á muchos.

Las contracturas dolorosas, lo mismo que las neuralgias, pertenecen á una época más avanzada.

Como quiera que el deterioro de la sangre y de las principales funciones, unido á los sufrimientos, á veces considerables, debilitan la nutrición y la resistencia del sujeto, pueden ganar terreno las predisposiciones morbosas que estaban ocultas. La escrófula, la tuberculosis, el raquitismo en los niños, algunas neurosis, etc., pueden colocarse al lado de la sífilis, para debilitar todavía más el organismo y agravar por lo tanto el estado general.

En este período puede aparecer la *fiebre*, síntoma de reacción contra la intoxicación que ha llegado á su mayor intensidad. Deja íntegras las funciones digestivas, como lo hacen las fibras nerviosas. La elevación térmica no es paralela al movimiento de desasimilación comprobado por los productos urinosos (Vaida, 1875). Es bastante común esta fiebre en la mujer, pero no rara su aparición en el otro sexo. Dura una á dos semanas, con una temperatura de 38° á 39°. La hemos visto llegar varias veces á 40° y 40° 5. Fournier dice que en un caso se elevó hasta 41° y 41° 7. No ofrece gran regularidad respecto al momento de su aparición, ni al orden de los accesos, ni á la composición de los accesos de cada estadio. El tipo que más á menudo se presenta es el intermitente cotidiano, y menos el remitente

y el irregular vago. En la intermitente, el acceso suele manifestarse por la noche; algún estadio falta ó es poco intenso; generalmente predomina, como en la fiebre reumática, el del sudor. Rara vez llega á aumentar de volumen el bazo, y la quinina no da ningún resultado: la neuralgia facial, y sobre todo la occípito-parieto-frontal acompañan á menudo al acceso.

La forma remitente suele ser más grave; va acompañada, casi constantemente, de violenta cefalalgia, malestar general, postración de fuerzas. Esta última llega en ocasiones á igualar la astenia tifoidea; tanto más cuanto que pueden acompañarla torpeza intelectual, insomnio, agitación, sed é inapetencia muy marcadas.

La forma vaga resulta de la combinación de los dos tipos precedentes, que se funden, aun en aquello que tienen de más irregular.

La anamnesis, los síntomas concomitantes, la integridad ordinaria de las funciones digestivas, el volumen normal del bazo, la irregularidad en los accesos... facilitan extraordinariamente el diagnóstico.

El mercurio y el iodo son los medicamentos propios de esta fiebre. El primero, que vale tanto como el hierro contra la clorosis de esta fase, debería administrarse, para que triunfara de la fiebre, á una dosis demasiado elevada. El iodo no presenta dicho inconveniente; obra con tal rapidez, que puede cortar la fiebre el segundo y aun el primer día siguiente á su administración. Puede alejar también los diversos fenómenos dolorosos que le acompañan: el protoioduro de mercurio ofrece aquí una eficacia extraordinaria.

La fiebre cesa al aparecer la erupción, no es proporcionada á los fenómenos morbosos existentes, ni á los sucesivos. Muchos de los síntomas precursores de la primera erupción pueden cesar espontáneamente al aparecer la fiebre, otros continúan; hay casos en que se agravan, en el curso del período secundario, llegando á constituir una especie de estado caquético, que no se halla en relación con el grado de las alteraciones morbosas apreciables: los mismos síntomas precursores no revelan la intensidad de las sucesiones morbosas.

Período secundario

SIFÍLIDES

GENERALIDADES ACERCA DE LOS SIFILOMAS SECUNDARIOS

La segunda incubación termina ordinariamente con la aparición de manchas diseminadas en el tronco, de pústulas y costras en la cabeza, de desprendimientos epiteliales y erosiones en la cavidad buco-faríngea, etc.

El origen, la simultaneidad con que aparecen en grupos tales lesiones, su impresionabilidad bajo la acción de determinados remedios, obligan á considerarlos consecuencias de la infección. La piel y las mucosas, son el campo en que, con alguna repetición en el segundo período, y con mayor ó menor gravedad en el tercero, van apareciendo eflorescencias cada vez más notables. Se llaman *sifilides* las diversas manifestaciones en la piel y en las mucosas, distinguiéndose con el nombre de *sifilodermas* las *sifilides cutáneas* y con el de *sifilides mucosas* las localizaciones en estas membranas. (1). Las sifilides confirman y aclaran el diagnóstico del sifiloma; arrojan mucha luz sobre las formas sospechosas profundas y viscerales; revelan el estado virulento del organismo; y á menudo provocan graves compromisos. Por todas estas razones importa conocerlos bien.

Comencemos por los sifilodermas.

Los *sifilodermas* pueden figurar en el 2.^o y en el 3.^{er} período, con manifestaciones repetidas, separadas una de otra por intervalos de meses aun años. Se distinguen en *precoces* (2), *intermedios* y *tardíos*. Los intermedios, aparecen, aproximadamente, unos diez meses después de la infección. Los tardíos aparecen á los 3 ó 4 años, y aun más tarde, indicando una infección que no es, relativamente, de las más graves. Con todo, algunas veces sobrevienen, con su cortejo de síntomas generales, á las pocas semanas ó meses de la infección. Se

(1) Los nombres de *exantemas* para los sifilodermas y de *enantemas* ó *placas mucosas* para las manifestaciones específicas de las mucosas, no son bastante exclusivos ni tampoco comprensivos.

(2) No es porque sobrevengan antes del tiempo que se les ha asignado, es decir, prematuramente; entonces *precoces* equivaldría á *primeros*.

gún su rapidez y gravedad, resultará en tales casos una *sifilide maligna* ó, lo que es peor, una *sifilide galopante*.

Los sifilodermas precoces apenas enrojecen la piel: los sucesivos elevan eflorescencias, penetran en ella y la comprometen más y más. La intensidad, el volumen, la concentración, la profundidad del infiltrado aumentan á medida que progresa la infección. De las formas más graves no se suele pasar á las leves: cada elemento eruptivo aparece á su tiempo, siguiendo una gerarquía cronológica determinada: sin embargo, las manchas, y más aun las pápulas, pueden presentarse dos ó más veces.

La presencia del *virus* en el organismo constituye la causa necesaria y suficiente de estas erupciones. Con todo, algunas circunstancias, ora influyan sobre el conjunto del organismo, ora irriten una parte, puedan provocar ó agravar tales manifestaciones. Entre las influencias de acción difusa, mencionaremos: el establecimiento de la pubertad, el embarazo, el trabajo del parto, la reaparición de las reglas después de la lactancia, la menopausia, las emociones morales, el alcoholismo, los baños calientes y más aun los sulfurosos; la viruela, la vacunación, la fiebre malárica, los enfriamientos, los desarreglos de diversa índole, etc. Los coeficientes de acción localizada tienen una comprobación más facil y por lo tanto son menos discutibles. Así, aparecieron pústulas ectimatosas en la proximidad de dos escoriaciones en la pierna de un sifilítico (Bazin); una ligera úlcera en el dorso de la nariz se vió rodeada de tubérculos (Cazenave); en un viejo de 88 años, una sifilide que había estado latente por espacio de 67 años, fué exacerbada por una luxación del hombro, rodeándose de pústulas específicas (Péit). En un gran jugador de billar vimos que la palma de la mano derecha se cubría de manchas antes que el tronco y que la erupción era allí más grave que en los demás puntos, mejorando rápidamente, no solo por el tratamiento general apropiado, sino por el abandono del juego. En un vigilante de telégrafos, la psoriasis palmar apareció con la roseola general y sobrevivió cuatro años, unida á ciertas manchas opalinas linguales. En un enfermo de nuestra clínica, hemipléxico, se pudieron contar unas 10 ó 12 pústulas en la pierna fria y atrófica, mientras que en el miembro sano, regado por una corriente sanguínea más abundante, su número era considerable. Indudablemente las manifestaciones en las manos son más abundantes é insistentes en las personas que manejan cuerpos irritantes (fundidores, horneros, cocineros, etc.) En las mujeres que por sus repetidos coitos irritan continuamente los órganos genitales, y en las que mantienen una gran suciedad alrededor

de la vulva, se observa el mayor número de pápulas. La forma provocadora y localizadora de la irritación es también indiscutible, como veremos á su tiempo, en las mucosas.

Las eflorescencias elementales de los sifilodemas son las mismas que en las demás dermatosis. Como las escrofulosas, las sifilíticas tienen de común entre sí varios caracteres generales, á saber: 1.º el polimorfismo; 2.º un color cobrizo; 3.º la configuración; 4.º la simetría; 5.º la topografía; 6.º la falta de dolor, de prurito y de fiebre; 7.º el cronicismo. Cada una de las formas elementales posee además algún caracter propio, que contribuye á distinguirla de las formas similares correspondientes á otras enfermedades (dimorfismo).

La cronicidad de los sifilomas, la aparición, con 5 á 10 días de intervalo, de elementos de una misma erupción, su aptitud para recidivar, la influencia que imprimen en su forma algunas localizaciones especiales, hacen que, en un mismo momento, en una misma persona, se puedan encontrar á la vez manchas, pápulas y pústulas, ó bien pápulas y tubérculos ó tubérculos y gomas en tal ó cual estadio, aquí con tendencia resolutive, allí con tendencia ulcerativa, etc. Este polimorfismo simultáneo, lo mismo que el sucesivo unidos á la cronicidad y á la falta de prurito, tienen una importancia de primer orden.

Nicolás Massa, en una época (1532) en que la sífilis sembraba el terror por los pueblos cultos, reconoció en las dermatosis específicas un *color malus*. Falopio (1601) lo comparó al de la carne de jamón (1) y más tarde Swediaur al del cobre. El color cobrizo no siempre es exacto, ni corresponde al de las diversas eflorescencias examinadas en el momento de su declinación, ni siquiera á los estadios más recientes de las formas más graves bajo el punto de vista anatomo patológico, pero lo han aceptado muchos autores y ha llegado á ser clásico. Por lo demás, nunca es fácil la apreciación de las gradaciones cromáticas. Las eflorescencias más graves, lo mismo que los diversos elementos en la fase avanzada—sobre todo en los sujetos caquécticos y en los miembros inferiores—suelen tener un color más ó menos obscuro.

En las erupciones muy difusas, generalizadas, los elementos eruptivos suelen estar dispuestos al acaso, sin orden: en las variedades papulosas que recidivan, en las pústulo-ulcerosas y más aun en las tuberculares, se agrupan en forma de círculos, elipses, curvas,

(1) *Secate per transversum pernam talis est color pustularum sine cortice*, que quiere decir manchas, pápulas, tubérculos.

ovoides, arcos de círculo unidos ó separados, herraduras, curvas pollicílicas, figurando una letra S, etc.

En las formas generalizadas, no es extraño que, fijando un poco la atención, se encuentre aquí y allá cierta simetría: es raro que ésta falte en los casos de pápulas húmedas. En las formas intermedias, en las tardías, tal carácter falta muchas veces.

Las erupciones maculosas invaden principalmente los vacíos, el tronco y los puntos en que más delicada es la piel de las extremidades; las papulosas suelen infestarlo todo, tronco, miembros y cabeza, pero dominan en los confines del cuero cabelludo y en las alas de la nariz, son raras en el cuello, frecuentes alrededor del ano, etc. Las erupciones de pequeñas pústulas (acnéicas é impetiginosas) prefieren la cabeza, las regiones cubiertas de pelos; en cambio, las que se hallan caracterizadas por grandes pústulas (ectima) atacan sobre todo los miembros inferiores; las escamosas, la palma de las manos y la planta de los piés; las pápulas húmedas son comunes alrededor y en las inmediaciones de los orificios naturales; las sífilides tardías invaden la nariz, los labios, el cuero cabelludo, las regiones esternal y clavicular, las nalgas, las piernas (cerca de las articulaciones) mejor que los muslos.

Sólo cuando la evolución de la dermatosis es muy rápida, y además en el momento de la descamación, cuando es muy activa, suele haber prurito, en ocasiones leve. Si es intenso, conviene buscar su explicación en tal ó cual dermatopatía concomitante, especialmente en el *prurito* esencial, en la poca limpieza, en la profesión, etc. El dolor es todavía más raro que el prurito, pero se deja sentir cuando el sífiloderma ha sido provocado por inflamaciones, grietas, etc.: las ulceraciones precoces malignas, las ulceraciones serpiginosas duelen mucho en ciertos casos.

La fiebre precede y acompaña á veces á la primera erupción general; también puede depender de la caquexia: en los demás casos no existe.

Un sífiloderma puede curar espontáneamente, sea maculoso, papuloso seco ó tubercular, y más aun si ayuda una buena alimentación é higiene. En cambio, ciertas formas malignas exigen la pronta intervención del médico, para oponerse á la aparición de nuevas manifestaciones. De cualquier modo, las dermatosis específicas se disipan lentamente, como lentamente aparecieron. Algunas veces, la forma maculosa, y regularmente todas las demás, dejan en pos de sí una mancha pigmentada, una cicatriz, ó ambas cosas á la vez.

Las manchas del eritema, por la lentitud de su evolución y trans-

formaciones, por el color que algunas veces la sobreviene, lo mismo que por el orden de sucesiva distribución y por la extensión que ocupan, no pueden confundirse con otras. Caracteres análogos en cuanto al curso, y además el producto epidérmico de la descamación, distinguen la pápula seca de las del color de la piel, muy molestas, del prúrigo, lo mismo que las colocadas alrededor de los pelos, sonrosadas, más crónicas y pruriginosas, del líquen. Las pápulas húmedas y las placas mucosas ofrecen generalmente caracteres estereotipados de un modo tan franco y decidido, que un sólo elemento basta para demostrar el estado virulento del sujeto. Las vesículas se desarrollan en casos bastante excepcionales y pasan pronto al estado de pústulas; las flictenas aparecen casi únicamente en la palma de las manos y en la planta de los piés de los recién nacidos sifilíticos, y tienen su areola y su curso característicos. En las pústulas superficiales pequeñas, el pus se deseca muy pronto en una costra, que suele descansar sobre una base elevada. En torno de la pústula hay una areola cobriza, que persiste aun cuando caiga la costra: ésta aparece muchas veces atravesada por un pelo. Las pústulas profundas y mayores se asocian á menudo á la ulceración del dermis, quedando siempre visible la areola. El pus se reúne muy pronto en una costra, verde ó negra, gruesa, que se adhiere sólidamente á la parte, muchas veces reducida por debajo á una úlcera. Esta última tiene bordes anchos: las zonas costrosas, cada vez más jóvenes, de la periferia, se unen á la central y se funden con ella.

De este modo resultan masas costrosas, convexas, desiguales, pardas ó negras, que recuerdan las conchas de ostra; costras engastadas en el dermis, á veces algo movibles, pues entre ellas y la piel hay pus todavía fluído.

Dichas úlceras, redondas, ovales, en forma de herradura, reniformes ó policíclicas, tienen bordes cortados á pico, adherentes al fondo, que es pseudomembranoso, grisáceo; están contorneadas por una areola rojo-lívida, crecen centrifugamente, lo mismo que la infiltración que las alimenta; pueden comenzar á cicatrizar por el centro ó por un punto de la periferia, ensanchándose á la vez por otro: se hallan esparcidas ó agrupadas.

Los tubérculos permiten descubrir el origen del mal por su asiento, por su modo de agruparse, por el color que ofrecen—ora terminen por absorción, ora por ulceración,—por su curso y por su aspecto.

Lo mismo ocurre con las atroñas cicatriciales, debiendo tenerse en cuenta su distribución y el color que se observa alrededor de las mismas.

Las cicatrices se distinguen por el sitio, forma, persistencia del color secundario en el punto en que se insertan á la piel sana, por la tendencia á hacerse delgadas y atróficas, etc.

Las escamas de las erupciones sifilíticas son más finas, menos blancas, menos numerosas y relucientes que las escamas de origen no sifilítico: su distribución y la infiltración que las rodea pueden indicar á qué enfermedad pertenecen.

Cualquiera que sea la eflorescencia, no es difícil su diagnóstico si se la puede observar en varios de sus estadios.

En el segundo período se manifiesta á veces una amalgnesia de la piel, que puede continuar en los casos en que ya se manifestó durante la segunda incubación (1).

Los sifilodermas precoces aparecen en los primeros 12 ó 18 meses. Predominan entonces las formas maculosas, papulosas y pustulares, todas ellas con tendencia resolutive. Las formas intermedias son comunes en el segundo y tercer año; rara vez faltan las pápulas, siendo característicos las pústulas y los tubérculos. Unas y otros se siguen manifestando 4 y 5 años después de la infección, y á veces á los 20, 30 y aun 40 años. Las pústulas del período intermedio, y mucho más las pústulas y los tubérculos que se mezclan con formas del período terciario decidido, ofrecen marcada tendencia á destruir las papilas, el mismo cuerpo del corion y aun el tejido conjuntivo subyacente.

En las variedades pustulo-úlcerosas y tubérculo-úlcerosas precoces malignas, la multiplicidad, el polimorfismo, causan bastante menos impresión que la condición general abatida, estenuada, del sugeto, y la rapidez del trabajo ulcerativo, que en ciertos casos avanza en su camino fomentado por un visible proceso gangrenoso. Siguen este curso, lo mismo las pústulas que los tubérculos: unas y otros pueden ulcerarse, ora figuren como erupciones precoces, ora se declaren en el período de transición.

Entre las lesiones tardías, figura también el goma. Desarrollase en el hipodermis y puede llegar á invadir el dermis. Como quiera que el hipodermis es parte integrante de la piel, podemos admitir en la práctica, las siguientes variedades de sifilodermas:

- 1.º Sifiloderma maculoso ó eritematoso;
- 2.º — papuloso (pápulas secas y pápulas húmedas).

(1) Liebermeister, *Lec. de Patol. interna y de terapéutica*. Enfermedades del sistema nervioso. (En publicación.)—Madrid, 1889.

- 3.º — vesicular y flictenular;
 4.º — pustuloso;
 5.º — tubercular,
 6.º — gomoso.

Según Neumann (1885) los sifilodermas resultan de una proliferación de células redondas que comienza alrededor de los vasos. Es notable ante todo en los vasos de la capa superficial y del cuerpo papilar, pero también las arterias y las venas de las capas profundas y del panículo adiposo presentan alteraciones, á veces considerables. Estas se acentúan cuando de la mancha se pasa á la pápula, al tubérculo y al goma. El pigmento se presenta bajo la forma de granulaciones finísimas, de color amarillo claro al rojo obscuro, envueltas por células inmigradas, y por tejido conectivo. Los elementos musculares son, entre todos los de la piel, los que con más dificultad sufren la invasión.

La reintegración histológica del tejido, cuando se verifica, sobreviene mucho tiempo después de que el ojo clínico encuentre en la piel nada anormal.

En otro lugar nos ocuparemos de la histología del *goma*. Examinemos, por ahora, las dermatosis sifilíticas en particular.

SIFILODERMA MACULOSO.

SIFILODERMA ERITEMATOSO, ROSEOLA SIFILÍTICA.

Se halla caracterizado por la presencia de manchas hiperémicas, rojas, poco ó nada salientes. Padecen esta afección todos ó casi todos los sifilíticos. Es la erupción más leve, más benigna: muchas veces pasa desapercibida para el enfermo, siendo el médico el primero que en ella se fija.

El sifiloderma muculoso puede existir solo, ó acompañar á las pápulas, pústulas, etc. Aparece, antes que cualquier otra erupción, 45 días después que el sifiloma; algunas veces recidiva al cabo de 6 ú 8 meses, y también de 1 á 3 años (*roseola de retorno*). Se ha afirmado que puede aparecer por vez primera algún tiempo después que la infección y á la par que otras manifestaciones muy graves (*roseola tardía*), pero no es fácil demostrar tal afirmación.

El tratamiento preventivo retarda el eritema; por el contrario, las excitaciones generales y la de la piel pueden provocarlo.

El sifiloderma eritematoso comprende: una *variedad maculosa* y otra *máculo-papulosa ó urticada*

La roseola maculosa consiste en un número, casi siempre grande, de manchas no salientes, de 2 á 6 milímetros de diámetro, con bordes dentados, de un color primero sonrosado y que cede por completo bajo la presión, y más tarde, sobre todo en los miembros inferiores, rojo sucio, rojo violáceo, que la presión no consigue alejar por completo. Las manchas aparecen en los vacíos, en el pecho, en la espalda; en los miembros, en las superficies cuya piel es más delgada: son raras en la cara, y únicamente suelen verse en la frente, cerca del punto en que ya hay cabello. Cada mancha se madura en 1 ó 2 días; la erupción es completa en 10 á 15; persiste, pues, de 2 á 4 semanas, y á veces otros tantos meses, pero puede un tratamiento oportuno alejarla en 16 á 20 días. La resolución va acompañada muchas veces de descamación, tanto en la palma de las manos como en las plantas de los pies: tal descamación puede ser muy extensa, especialmente en invierno, y cuando la piel es vieja y seca. Rara vez deja una coloración secundaria. Allá donde se encuentran en contacto dos superficies cutáneas finas, con glándulas muy activas, el eritema puede favorecer el desarrollo de un intertrigo.

Si los folículos pilosos llegan á hiperemiarse, forman en el centro de las manchas pequeñas prominencias (*roseola maculosa granulada*). En ciertos casos, el centro de la mancha es tan obscuro, que semeja un equimosis, y á su alrededor se dibujan 2 ó 3 zonas de un color menos pronunciado (*roseola maculosa en forma de escarapela*). En una mancha puede decolorarse primero la parte central, y aumentando de diámetro quedar reducida á un anillo (*roseola anular*). A veces la mancha aparece, en su interior ó en sus bordes, en uno ó varios puntos, más elevada, la descamación en dichos puntos se efectúa más á menudo y con mayor frecuencia. Trátase entonces de eflorescencias mixtas, de formas de transición á las pápulas (*roseola papulosa, sifiloderma máculo-papuloso*).

Al aparecer el eritema puede persistir todavía el fenómeno primario. Acompañan también con frecuencia al eritema la poliadenitis general, las costras en la cabeza, caída de los cabellos, pápulas y lesiones específicas buco-faríngeas y ano-genitales, miosalgias, artralgias, cefalalgia, etc.

La erupción de que nos ocupamos no puede confundirse fácilmente, ni con un exantema febril contagioso agudo, ni con una ro-

seola tifoidea, vacuna, variolosa, colérica, diftérica, pero sí con la escarlatina, con la roseola balsámica, con el eritema anular simple, con el herpes circinado y con la *pitiriasis versicolor*.

Sifiloderma eritematoso.

1. Por lo general, apirético; ataca principalmente á los adultos. No va precedido de los síntomas que indican una reacción general, sino de síntomas de la segunda incubación específica.

2. La expulsión se efectúa de una manera lenta, dura algunas semanas, no es pruriginosa, algunas veces da escamas y deja una coloración secundaria.

3. Pueden coexistir: sifiloma, adenopatías diseminadas, costras en la cabeza, lesiones ano-genitales y buco-faríngeas, cefalalgia, pápulas húmedas y placas.

El eritema anular, no específico, es una fase del maculo-papuloso. Prefiere los meses de Abril y Mayo, Octubre y Noviembre; ataca el dorso de la mano y de los antebrazos, de los pies y de las piernas, sobre todo en las personas jóvenes. Se asocia muchas veces á reumatología y hemorragias cutáneas. Puede repetirse durante algunos años en la misma época. Las eflorescencias son á veces algo pruriginosas, duran 5 á 8 días, y su número es muy escaso.

Sifiloderma eritematoso.

1. La erupción no suele ir precedida ni acompañada de síntomas gástricos. Madúrase en 1 á 2 semanas.

2. Comienza en los vacíos; en los miembros es menos intenso. Falta las flictenas y el prurito.

Escarlatina.

1. Con frecuencia epidémica; prefiere á los niños. Se declara con fiebre, cefalalgia, inapetencia, catarro naso-conjuntival y laríngeo.

2. Las manchas, sonrosadas ó rojas, en la cara, en el tronco y en las extremidades, aparecen en 24 horas y duran 48 á 72; pruriginosa, no descamam ni dejan pigmentación.

3. Por lo general no hay antecedentes morbosos, ni complicaciones.

Roseola balsámica.

1. Sucede á la ingestión de co-paiba, cubeba, etc. Va precedida de síntomas gástricos y algunas veces de fiebre. Aparece y se completa en 12 á 24 horas.

2. La erupción es más roja y fija al rededor del carpo, en las rodillas, en los tobillos, en la cara dorsal del pié y de las manos. Entre las manchas, se destacan algunas pápulas y flictenas. Es muy pruriginosa.

3. Se disipa después de haber durado 2 á 4 semanas. Si recidiva, es en virtud de la infección. Va precedido y acompañado de lesiones específicas.

3. Desaparece en 2 á 6 días. Provocada, puede presentarse varias veces. Acompaña á la blenorragia, etc. En las orinas suelen encontrarse las resinas.

Entre algunos centenares de enfermos de herpes parasitario, que hemos tenido ocasión de ver en nuestra práctica de la especialidad, sólo en 4 ó cinco casos fué necesaria una investigación atenta y minuciosa. En efecto, el *herpes circinado* es más frecuente en las personas que viven en contacto con ovejas, toros, etc., con animales que padezcan esta misma afección; en los pueblos rurales se ven á veces familias enteras que le sufren al mismo tiempo; se trasmite como tal; comienza generalmente en las partes descubiertas; en 10 ó 15 días pueden invadir toda la piel manchas numerosas y finísimas. Esas manchas son sonrosadas, granulo-vesiculosas, descaman con rapidez y se transforman en anillos que se ensanchan y entrecruzan. El herpes causa muchas veces prurito y puede suscitar la forma tonsurante y la sicosis, manchas de eccema, costras de ectima, que persisten meses y años; los desprendimientos epidérmicos, tratados con potasa cáustica (al 1 por 3) dejan ver el *microphyton tonsurans*.

Al declinar el sifiloderma, las manchas pigmentarias pardo-amarillentas dan á la piel el aspecto de la *pitiriasis versicolor*. Pero la causa de la coloración existe en aquellas en el retículo, en éstas, en el epidermis.

Las manchas de la pitiriaris aparecen sobre todo en el pecho; son grandes, amarillentas ó negruzcas, ofreciendo en los diversos puntos gradaciones diferentes: pueden durar muchos meses y aun años enteros, si bien suelen disiparse de repente cuando la transpiración limpia rápidamente la piel, es decir, en el verano; causan prurito. Rasgando con la uña, se puede devolver á la piel su color normal. El microscopio permite encontrar en las descamaciones cutáneas el *microsporion furfur*.

El sifiloderma eritematoso viene á confirmar el estado infeccioso; algunas veces, es el primer síntoma que llama la atención.

No exige tratamiento local.

SIFILODERMA PAPULOSO.

A.—PÁPULAS SECAS.

La *pápula* ocupa uno de los más importantes lugares en la semeiológica sifiliográfica. En efecto, se localiza con frecuencia en la piel y en las mucosas, su vida es bastante larga, en su evolución y combinación toma aspectos muy diversos, á veces raros; sujeta como está, más que cualquier otra erupción, á recaer, puede acompañar á las dermatosis de transición y aun á los gomos. Se declara en ocasiones al terminar la segunda incubación; otras veces sigue al eritema, á los 4 ó 6 meses de la infección; rara después del tercer año, se ha visto, sin embargo, aunque excepcionalmente, en el 7º y 8º.

Cuanto más distan de la infección, tanto menor suele ser el número de las pápulas; por otra parte, dado su modo de agruparse, la profundidad de la infiltración y la tendencia á la ulceración, se aproximan á las formas tuberculares, siendo puramente gradual el paso anatómo-histológico hácia éstas.

Las irritaciones mecánicas, térmicas, tienen mucha eficacia para provocar la aparición de las pápulas: así lo demuestra por una parte su distribución, y por otra las recidivas, que aparecen en los puntos en que obran aquéllas, aun cuando todo el resto del organismo se halle sano. En ciertas porciones de la piel (palma de las manos y planta de los piés), de un modo análogo á lo que suele verse en la cavidad de la boca, disipadas las alteraciones sifilíticas, la irritación mantiene en ellas ciertos estados muy rebeldes, contra los cuales nada puede el tratamiento específico, y que, más que con otra cosa, mejoran ó curan alejando las causas de irritación y empleando una medicación tópica.

Teniendo en cuenta los cambios que la pápula sufre en su aspecto y evolución, resultan varias formas, á saber: el *sifiloderma papuloso seco*, que se distingue, según el volumen de sus elementos, en *miliar*, *lenticular* y *muscular*, y según el proceso evolutivo de la pápula, en *pápulo-escamoso*, *pápulo-erosivo*, *pápulo-pustuloso*, *anular*, *orbicular*, etc.

Dichas pápulas, si se tornan erosivas, secretorias, merecen el nombre de *pápulas húmedas*, cuando son elevadas y estrechas; de *placas mucosas*, cuando representan anchas chapas de infiltración,

poco ó nada saliente sobre el nivel del tejido. Las pápulas pueden hacerse secretorias en algunas partes de la piel, sobre todo en aquellas en que, por su topografía y caracteres, más se aproxima ésta á las mucosas.

Es bastante frecuente la variedad de pequeñas pápulas llamada *líquen sifilítico*. Puede desarrollarse en 48 á 72 horas, con síntomas febriles; sin embargo, muchas veces la erupción es más lenta, y también puede declararse por brotes sucesivos. Resulta de pápulas del tamaño de un grano de mijo ó una cabeza de alfiler, relucientes, rojo-oscuras, diseminadas ó en grupos. Su vértice es plano ó acuminado, puede presentar escamas ó una pequeña pústula, á menudo atravesada por un pelo. Llegan á una completa resolución, dejando á veces una ligera atrofia.

El líquen sifilítico se desarrolla con frecuencia después del primer año de la infección. Si aparece antes, se extiende por toda la piel, principalmente por la frente y la nuca, hasta cerca del cuero cabelludo (1), viéndose también en los ángulos de los párpados y de la boca, en los pliegues de las articulaciones, en el dorso y en el glande: si se declara algo tarde, invade exclusivamente algunas regiones, por ejemplo la cara, formando verdaderos grupos. Algunos de éstos se hallan dispuestos *en racimo ó en corimbo*, con una ó más pápulas lenticulares en el centro; otros forman alrededor del central casi un círculo (*forma circinada*), ó bien se hallan dispuestos en arcos, etc. Las pequeñas pápulas son consistentes, y dan á la mano que pasa por encima de ellas la sensación de una superficie granugienta.

Abandonado asimismo el líquen, puede durar algunos meses, y esto por las diversas erupciones que se suceden. Las recidivas son frecuentes: la condición caquética, la predisposición á la tuberculosis, á cualquiera otra que aniquile al sujeto, parece que favorecen su aparición.

El *sifiloderma papuloso lenticular y nummular* consiste en eflorescencias secas, del tamaño de una lenteja, un haba y aun más; prominentes, cónicas, hemisféricas ó planas. Si se palpa con el dedo el dérmis que está por debajo de las eflorescencias menores, se notan

(1) Las erupciones papulosas dispuestas por fuera del cuero cabelludo, alineadas en la frente y en la nuca, constituyen la llamada *corona Veneris*.

las capas inferiores inmunes; en cambio, las mayores pueden interesar todo el espesor del corión y llegar hasta el hipodermis.

La erupción se efectúa en pocos días. La cara, la nuca, el sacro, son las regiones predilectas. La cara puede aparecer hinchada y hasta deforme (*leontiasis sífilítica*). Las pápulas lenticulares suelen estar mezcladas con otras mayores. Las lenticulares pueden sufrir una reabsorción en su totalidad, ó en la parte central, mientras que en la zona periférica gana terreno la erupción. Si sobreviene la reabsorción, la epidermis, primero tensa, se va separando hasta quedar tan sólo adherida por su contorno á la piel sana (Bielt); con todo continúa hasta la completa involución el desarrollo de escamas sobre cada foco, que aparece entonces *psoriasiforme* (*sífilide pápulo-escamosa*, *psoriasis sífilítico*).

La proliferación epitelial y la descamación son abundantes en los infiltrados de la palma de la mano y planta del pié; en los surcos de la mano y en los bordes periunguales, las concreciones epidérmicas suelen ser lisas, cêreas, compactas (*psoriasis córneo*). Al nivel del ala de la nariz, en el surco naso-bucal, se forma una serie de pequeñas elevaciones granulares, una especie de pápulas cubiertas por un producto pulverulento, y que deben estar formadas por papilas hipertróficas, cubiertas de escamas epidérmicas. Las pápulas anchas se hacen escamas con facilidad.

La *sífilide eritematosa* forma en la palma de las manos y en la planta de los pies manchas sonrosadas, rojizas, que dejan huellas rosáceas, desprovistas de epidermis, que producen molestias y suelen repararse muy pronto, sin dejar pigmentación.

El *psoriasis palmar* y el *plantar* proceden de infiltrados papulosos, que no pueden sobresalir por la resistencia del epidermis. Son diseminados ó agrupados, no producen prurito, ardor ni dolor. Cuando descaman, la piel de aquel sitio se ve y se siente deprimida, rojo-parda, infiltrada, con una areola epidérmica, que se disipa á medida que se restablece la localidad. Otras veces, las infiltraciones aumentan en número y extensión; la piel rígida se hiende, da sangre por las grietas que se forman, irradiadas desde uno ó muchos puntos, situadas en una área rojo-obscura, infiltrada, y que corre á lo largo de una franja de epidermis dispuesta en arcos.

El *psoriasis palmar*, aun cuando dure uno ó más años, nunca pasa de los límites superiores y laterales del metacarpo; en los dedos llega hasta los bordes laterales, pero no al dorso. En la planta de los

pies, pocas veces pasa del borde externo, mientras que en el lado interno llega hasta por encima del maleolo.

Las manos son invadidas con más frecuencia que los pies; el psoriasis precoz acompaña muchas veces al sifiloderma papuloso y ataca las manos con mayor frecuencia que los pies. La forma tardía puede aparecer sola ó con pápulas húmedas; á menudo está limitada á un solo miembro. Las irritaciones mecánicas facilitan su aparición, su insistencia, su agravación y su retorno. Hay muchos casos en los cuales nada acusa la infección del organismo, y en que, sin embargo, llama la atención el aspecto de ciertas dermatosis viejas y rebeldes en las palmas de las manos.

La pápula sifilítica puede aumentar de diámetro por la aparición progresiva de nuevas zonas periféricas. Ese desarrollo excéntrico puede variar desde la extensión de una moneda de 50 céntimos hasta la de 1, 2 y 5 pesetas: uniéndose entre sí tales focos, llegan á constituir muchas veces infiltraciones extensísimas. Esta forma, *sifilide nummular*, no es la más común. En un sujeto vimos sólo dos de estas manchas, mientras que en otros su número suele llegar á 20 ó 30. En otro individuo, las manchas tenían 3 ó 4 centímetros de diámetro. Lo general es que éste varíe de 1 á 1.5 centímetros. Con frecuencia, al cesar el dolor y el calor aumentado, parece que la piel duplica su espesor.

La pápula, cuando se ensancha, puede deprimirse en el centro y, en relación con esto, la piel aparece pigmentada (*sifiloderma anular ú orbicular*). Yo vi una muchacha que tenía en la cara, cuello, pecho y hombros treinta de estos anillos, y algunos otros en el paladar y en la vulva: duraron tres meses sin que sufrieran nada la nutrición y las demás funciones de aquella mujer. Con el transcurso del tiempo, lo mismo que en las formas anulares en general, los círculos, las elipses, se fragmentan ó funden entre sí, resultando líneas con infiltración papulosa, dispuestas en arco, en 8 de guarismo, en espiral, etc.

Tales erupciones, en sus diversas formas y tamaños, caminan hacia la descamación siempre que lo consientan la sequedad de la piel, la nutrición del sujeto, etc. En cambio, en los puntos en que la piel es muy lisa y segrega mucho; en los sitios expuestos á irritaciones diversas, en los sujetos anémicos, linfáticos y caquéticos, pueden las pápulas sufrir una supuración parcial y cubrirse aquí y allá de costras.

El sifiloderma con pápulas secas, con su polimorfismo, merced á

la coexistencia del sífiloma ó de la iritis, y á menudo de la adenitis diseminada, de costras en la cabeza, de mialgias, artralgias ó cefalalgias, de pápulas húmedas cutáneas y lesiones en las mucosas, se da á conocer muy pronto.

El sífiloderma de pequeñas pápulas debe distinguirse del *Lichen scrofolosorum* y del *Lichen ruber*. En el liquen sífilítico, lo mismo que en el acné de los caquécticos, puede haber: aspecto general caquéctico, eccema intertriginoso y poliadenitis diseminada. Las pápulas del liquen escrofuloso son también muy pequeñas, rojo-oscuras, dispuestas en grupos, tienen á veces en la cúspide una escama ó una pústula y se localizan principalmente en el tronco. Sin embargo, no suelen pasar del volumen de una cabeza de alfiler; rara vez forman líneas curvas, y por lo general aparecen en grupos, son planas y no relucientes; apenas se perciben por el tacto; están localizadas sobre todo en el vientre, lo mismo que en las paredes laterales y posterior del tórax, y solo más tarde en otras regiones. Van acompañadas de tumores glandulares exorbitantes, en las regiones axilar y parotídea. No se descubren pápulas lenticulares en dicho liquen.

Es de notar, sin embargo, que puedan existir nódulos y pústulas con los caracteres del *acné de los caquécticos*, especialmente en las extremidades inferiores: aquí la semejanza con las pápulas lenticulares podría llevarnos por mal camino, si no concurrieran las circunstancias concomitantes.

El liquen rojo, en su forma común, no tiene ninguna semejanza con el liquen sífilítico; sin embargo, á veces forma placas rojo-lívidas, del tamaño de una lenteja al de una moneda de dos céntimos, que son consistentes, tienen el seno deprimido y su borde parece formado por una, dos ó tres series de pápulas miliares. Bajo esta misma forma aparece el liquen sífilítico en grupos, y en ciertas localidades por ejemplo, los genitales, las placas mucosas.

Además de las formas confluentes, existen en el liquen rojo las formas diseminadas. Son uniformemente miliares—excepto en la línea que las termina, próxima á la base—rojo-oscuras ó pálidas, con transparencia cerca y con una depresión umbilicada en su vértice. En estos casos, para evitar dudas, se tendrán en cuenta las concomitancias, el curso clínico y el criterio terapéutico.

Cuanto más precoz es el sífiloderma de pequeñas pápulas, con tanta más facilidad se le reconoce: otro tanto podemos decir del que ofrece pápulas lenticulares. Este debe distinguirse del *lupus*, de la *sicosis parasitaria*, y, en la variedad escamosa, del *psoriasis*, del *eccema*, etc.

El lupus se desarrolla generalmente en la juventud, en la cara, de un modo bastante lento, por uno ó por corto número de focos, con nódulos menos consistentes, de color más claro, más profundos y muy frágiles. Los gruesos nódulos no suelen estar diseminados, ni tienden á la involución del centro á la periferia. La constitución escrofulosa del sujeto, la circunstancia de que la enfermedad dura años enteros y aun toda la existencia, etc, constituyen datos importántísimos.

La sicosis parasitaria va muchas veces precedida ó acompañada de herpes circinado. Se inicia con uno ó más focos de infiltración nudosa ó difusa, poco ó nada dolorosos, de desarrollo rápido, que residen en las regiones más provistas de pelos, sobre todo en la parte pilífera de la cara: los pelos caen y pueden desprenderse sin dolor, ofreciendo en torno de la raíz las formas micóticas características.

Sifiloderma papulo-escamoso difuso, psoriasiforme.

1. Superficie de la pápula casi siempre incompletamente cubierta de escamas, denudada en una parte más ó menos extensa de su periferia, ó reducida sólo á una colección escamosa, próxima al contorno de la pápula.

2. Escamas sutiles, ténues, pequeñas, superficiales y amarillentas.

3. Elemento eruptivo de color rojo obscuro en las porciones descubiertas, á veces rojo cobrizo.

4. Piel renitente, más que engrosada, al nivel de la lesión. Algunas veces sensación de una resistencia en la superficie, comparable á la induración sifilomatosa apergamínada ó foliácea.

5. Elementos generalmente pequeños ó de mediana extensión; algunas veces anulares, policíclicos.

Psoriasis no sifilítica.

1. Superficie infiltrada más completamente cubierta de escamas, casi escamosa en toda su extensión.

2. Escamas anchas, gruesas, sobrepuestas, imbricadas, formando sobre la lesión un revestimiento laminoso de escamas blancas relucientes.

3. Coloración menos roja, menos obscura en las partes descubiertas.

4. Piel engrosada, más que renitente, al nivel de la lesión.

5. Elementos algunas veces pequeños, en otros casos grandísimos, menor tendencia á la configuración circular.

6. Localizaciones características sólo en la palma de las manos y en la planta de los pies.

7. El desprendimiento espontáneo de las escamas es bastante menos abundante; bajo las escamas puede haber erosión y exulceración; sujetos enfermizos, caquéticos.

8. Dura poco relativamente (1 á 3 meses); fuera de las manos, poca tendencia á recidivar.

9. Modificase de un modo rápido bajo la influencia del mercurio.

6. Sitio más frecuente las muñecas, las rodillas, etc.

7. Descamación espontánea abundante; quitadas artificialmente las escamas, el *corión* puede dar sangre; no existen erosiones ni exulceraciones espontáneas; son posibles las escoriaciones.

8. Siempre crónica, y puede decirse que recidiva regularmente.

9. No se modifica por la acción del mercurio, aunque sí por la del arsénico, el ácido crisofánico, etc.

Cuanto á la psoriasis sifilítica palmar, hay que tener presente que sobreviene por pápulas, que después se descaman en la parte central, y conservan alrededor una areola rojo-obscura de infiltración, que fundiéndose con otras semejantes, constituye una línea curva políclica, que no es pruriginosa, etc.

El eccema, con sus vesículas y pústulas, con su prurito, con su difusión por los dedos, hasta el dorso de los mismos, con sus recidivas todos los veranos (por ejemplo), ó en pos del contacto de ciertas substancias irritantes, con sus diseminaciones y polimorfismo, es difícil pueda inducirnos á error.

El callo, el *tiloma* profesional y hereditario, etc., se dará á conocer por el sitio que ocupa, y porque el trozo de epidermis engrosado no está separado del sano por rubicundez é infiltración. Hay á veces una mezcla de eccema y psoriasis y pitiriasis en la palma de las manos, y entonces conviene recurrir á la anamnesis general y de la localidad, para encontrar en la edad, modo y fases de desarrollo, síntomas subjetivos, etc., la manera de manifestarse. Por lo demás, lo mismo que en las modificaciones de la piel de las manos que se llaman liquen é ictiosis, conviene interrogar el resto de la piel: en los casos dudosos, este examen debe ser algo más profundo y extenso.

El sifiloderma de pequeñas pápulas va acompañado ordinariamente de un trastorno trófico general mayor que el lenticular, cuyo pronóstico es menos grave.

Las diversas formas de dermatosis descritas anteriormente, pueden curar de un modo espontáneo. Su curso llega á abreviarse por

el tratamiento general; el psoriasis de la palma de las manos, con menos frecuencia que el de la planta de los pies, puede exigir una medicación tónica. Otro tanto es aplicable á las pápulas erosivas ó ulcerativas, pero de estas ya nos ocuparemos muy pronto.

Contra la psoriasis citada—que es entre las dermatosis secundarias la que menos se modifica bajo la influencia del tratamiento general,—se recomendará ante todo evitar, por los diversos medios posibles, todas las causas capaces de irritar las partes; no manejar cuerpos duros, no cortar ni raspar el epidermis con el cortaplumas, etc. Se lavará la piel, repetidas veces, con agua alcalinizada, no solo para quitar las escamas, sino también para reblandecer el epidermis y hacer que las erupciones sean más accesibles á los medios terapéuticos. Se bañará la parte, una ó dos veces al día, en una disolución de deutocloruro de mercurio al 1 por 100; inmediatamente después se untará la mano con unguento diaquilón, ó con emplasto mercurial, ó con unguento de biyoduro de mercurio, 0,40 por 30; ó de deutocloruro de mercurio, 1 por 30; ó de precipitado blanco, 4 por 30.

En casos rebeldes puede mandarse: deutocloruro de mercurio, 1; colodión puro, 15; aceite de ricino, 1; para extender sobre las partes psoriáticas—que se habrán limpiado antes cuidadosamente—ó pintar con tintura de iodo. Los dedos pueden envolverse con tiras de diaquilón, y también conviene que el enfermo lleve guantes, lo mismo de noche que de día.

Igualmente, respecto á los piés, se debe evitar todo contacto molesto, procurando que la forma y tamaño del calzado eviten todo lo posible la presión: se emplearán á la vez los mismos agentes detersivos y resolutivos que se aplican á las manos.

SIFILODERMA PAPULOSO.

B.—PÁPULAS HÚMEDAS Y PLACAS MUCOSAS Ó CONDILOMAS PLANOS.

Las placas húmedas y las placas mucosas constituyen eflorescencias cuyo tamaño varía entre el de una lenteja y una moneda de cinco pesetas y más aún, redondeadas, erosionadas, cubiertas de un detritus, ó granulosas, indolentes, acompañadas de una fetidez par-

ticular, segregantes, de consistencia compacta (1). Ora son convexas y del tamaño de una peseta, *placa humeda*; ora muy ámplias, planas, deprimidas en el centro ó vegetantes, *placas mucosas*.

En la piel, desarróllanse en las regiones cuyo epidermis es sutil, y donde dos superficies de la piel, como unidas entre sí, se hallan expuestas á la acción del calor y de la maceración por parte de ciertos productos irritantes, como sudor, catarro, suciedad, etc., ó por el roce mútuo. Así, se encuentran en el infundíbulo anal, en el perineo, en el escroto, en la raíz del pene, en el pliegue de éste con el escroto, en el pliegue escroto-crural, vulvo-crural y en la vulva, en la ingle, en el ombligo, en la axila, en los espacios interdigitales, lo mismo que en los surcos unguinales de los pies; son menos frecuentes en el cuello, en la cabeza, en el surco naso-labial, en los muslos, en la nuca, etc. En la piel, fina como la mucosa, de los niños, pueden difundirse diversos puntos y adquirir proporciones muy extensas (2).

Pueden surgir del sífiloma abierto ó del cerrado. La hiperplasia y la maceración son fruto de cierto grado de calor y de humedad; así, si un sífiloma encuentra únicamente en parte condiciones de este género, sólo en parte se modifica. El glande, la hoja interna del prepucio, la vulva, los labios... son las partes en las cuales pueden verificarse las transformaciones antes mencionada de un fenómeno primitivo en otro secundario.

La pápula en general comienza por una mancha que, sujeta á la irritación tóptica, se eleva, se macera y se torna erosiva y secretoria. Ampliándose y confluyendo varias de ellas, adquieren dimensiones diversas y formas distintas, que varían también según los períodos de evolución y de involución en los diferentes puntos. La pápula y la placa pueden cubrirse de un exudado difteroiide; el abundante detritus puede convertirlas en úlceras ó en grietas: esto sucede comunmente cerca de los orificios naturales (*sifiloderma pápulo-ulcerativo*, *placas ulceradas*).

Las células linfoideas, lo mismo que la mortificación, sufren á veces una organización ulterior. En este caso, el foco hiperplásico, venciendo la resistencia del epidermis córneo, se oculta á través de este para tomar luego el aspecto de una escrecencia del volumen de

(1) Nicolás Massa designó claramente las pápulas húmedas cuando caracterizó estas pústulas con la frase: *Apparent ruberæ, elevate, magnæ, umidæ e tumidæ*.

(2) Es interesantísima, en el atlas del profesor Profeta, la fotografía de un niño de 16 meses, en el cual estaban lesionados en gran parte los miembros inferiores.

una lenteja, de una nuez, etc., (1), de forma semiesférica, parecida á un hongo, de superficie rojo-lívida, granulosa, lobulada, papidomatosa, que da sangre con facilidad, etc. (*sifilide papulosa hipertrófica ó vegetante*, que, en los casos de desarrollo considerable, se llama *frambroesia* (2).

Después de haber durado estas diversas erupciones un tiempo variable, según los casos, son reabsorbidas ó se disipan bajo la influencia de un plan terapéutico apropiado. Comienza por disminuir su secreción, luego se cubren de epidermis y se deprimen en el centro. En el borde permanecen más elevadas, y á la vez persiste todavía cierta pigmentación, aun cuando la parte central esté descolorida ó haya recobrado ya el color de la piel normal.

El líquido que segregan las pápulas y las placas tiene un olor fétido característico, color amarillo-claro, es viscoso, pegajoso y mancha las ropas como la serosidad de un vejigatorio; en torno de la lesión, si se halla expuesto á la acción del aire, se deseca formando una costra. El líquido mismo y la costra, sobre todo si hay pelos en la parte y la piel es delicada, son causa de rubicundez, prurito é inflamación en las inmediaciones. Este líquido, con su poder irritante, concurre de un modo análogo á provocar en la porción cutánea contigua, erupciones húmedas congéneres.

Es raro que sobrevenga el difterismo, y más aún la gangrena. La poca resistencia y limpieza del sujeto, el volumen y la abundante secreción de las eflorescencias, determinan su ulceración é inflamación; la erisipela, el infarto edematoso, el edema sólido, la organización de nuevos elementos, con hipertrofia de la parte (vulva, prepucio, etc.) pueden conducir á un *estado elefanciaco*. Añádase á esto que las vías linfáticas pueden, ora porque hayan estado enfermas anteriormente, ora porque lleguen á estarlo en el momento de la erupción, sufrir modificaciones inflamatorias, que disminuyan ó destruyan su permeabilidad.

La pigmentación, la atrofia, la cicatriz con cierta hiperplasia, pueden verse en el sitio en que estaba el sifiloderma, que, abandonado á sí mismo, dura á veces indefinidamente.

Es más común en las mujeres, en los niños, en los jóvenes, en los sujetos con piel delicada, en los sucios, etc. Recidiva con más faci-

(1) Nosotros tuvimos que curar, no hace mucho tiempo, una de esas masas que residía en los muslos de una mujer. Tenía el mal 5 centímetros de diámetro.

(2) En ciertas *sifilides endémicas* (Radesyge, Scherlievo, Mal di Fiume, Síweus, Morbus Dithmarsicus, etc., figuran algunas de éstas y otras formas papulosas.

lidad que los demás sifilodermas, á los 2, 5 y aun 7 años después del contagio. Acompaña á los diversos sifilodermas del segundo período, y en ocasiones hasta los del tercero. Sobre todo en las mujeres, se encuentra sólo muchas veces y sólo recidiva.

Las pápulas húmedas y las placas mucosas de la piel, como de las mucosas, representan la forma más clara y unívoca de la sífilis. La forma, la iconografía, las fases especiales de esta expresión morbosa hablan siempre, de un modo seguro y claro, en pro de un estado sifilítico.

Si se pudiera sospechar una condición eczematosas, oculta en el seno de las pápulas ó placas, tan pronto como con medios aislantes ó astringentes se hubiera modificado la primera, se podrían apreciar los contornos y el aspecto de estas últimas.

Las vegetaciones ó condilomas acuminados no son de origen sifilítico, siguen á menudo á las formar catarrales próximas en los órganos genitales, etc.; no exhalan ningún olor, con frecuencia son secas, no falta el epidermis y hasta es hiperplásico; el corión no aparece sensiblemente infiltrado; si son compuestas, las ramificaciones pueden seguirse entonces hasta la base, son más lejanas entre sí y ocupan zonas muy extensas de piel, conservan su consistencia, aun en las mucosas, ceden por el tratamiento local, que debe ser mucho más enérgico que contra las placas, recidivan en mucho menos tiempo que éstas, etc.

Para distinguir una pápula ó placa del sifiloma, se tendrá siempre en cuenta el estado de los ganglios vecinos. Si el hecho secundario se complica con fenómenos inflamatorios, puede determinar una tumefacción ganglionar irritativa. Además, para juzgar si en el mismo sitio se ha desenvuelto un sifiloma, se investigarán las condiciones topográficas de la lesión, su aspecto, el estado de los ganglios y las circunstancias concomitantes.

El *pronóstico* ofrece una benignidad constante. Aun persistiendo la facilidad para las recidivas, es raro que la erupción se complique; los medios terapéuticos pueden impedir ó atenuar las recidivas y curar prontamente la manifestación á que nos referimos, la cual, por sí sola, no indica cierta gravedad de la infección.

Contra las pápulas y placas se debe emplear, ante todo, la detención minuciosa de la parte y el aislamiento con algodón ó con polvos absorbentes. Después se aconsejarán: fomentos con licor de Van-

Swieten (deutocloruro de mercurio, 1; alcohol recificado, 100; agua destilada, 900); ó bien se limpiará dos veces al día las superficies enfermas con un poco de algodón empapado en licor de Labarraque (cloruro de cal seca, 100; carbonato de sosa cristalizado, 200; agua destilada, 4.500): inmediatamente después de esta loción se aplicará con el pincel, de modo que se cubra exactamente toda la superficie, calomelanos porfirizados.

Rara vez es preciso emprender cauterizaciones: se recurrirá entonces preferentemente á la disolución acuosa saturada de nitrato mercúrico, el cual debe emplearse tan sólo sobre porciones limitadas, teniendo en cuenta el dolor vivo que causa, y también para evitar la absorción que, efectuándose ámpliamente, podría provocar síntomas tóxicos.

Todo lo que ofrece de eficaz el tratamiento local tiene de inútil contra las pápulas y placas secretorias el tratamiento interno ó general, que no hay por qué aconsejar.

SIFILODERMA VESICULOSO Y FLICTENULAR

EN FORMA DE VARICELA, DE HERPES, DE ECCEMA, DE PENFIGO

No es raro ver, en la superficie de las pápulas, un proceso de exudación que conduce á la formación de pequeñas elevaciones epidérmicas, serosas ó sero-purulentas. Así, la pápula miliar se transforma en vesícula variceliforme semi-globulosa. Al cabo de ocho ó diez días, la serosidad se torna purulentá, se reabsorbe ó se concreta en una costra. En este punto aparece bastante claramente el elemento papuloso, con su color cobrizo característico.

Es frecuente ver que esta erupción, precedida de prodromos, revista la forma de un exantema, susceptible de confundirse con una varicela. Se evitará este error observando con cuidado el curso de las eflorescencias; todos los elementos aparecen en menos de 48 horas si se trata de exantema, mientras que la sífilide se declara lentamente con espulsiones necesarias, en 15 ó 20 días. Por otra parte, esta última ofrece elementos menos confluentes, la areola roja que la rodea adquiere pronto un color obscuro parduzco, mientras que la serosidad central se reabsorbe lentamente.

Cuando la vesícula es muy pequeña, creemos que debe formularse el diagnóstico con gran circunspección, y solo cuando esté bien de-

mostrada la colección serosa. En muchos casos, la existencia de la vesícula parece indiscutible, en términos que no es necesario pasar á un examen profundo: desprendiendo el epidermis superficial con una lanceta ó un alfiler, se ve que no hay indicio de líquido, aun cuando el vértice de la pápula era reluciente y blanquecino. Este aspecto era debido principalmente á una especie de reblandecimiento edematoso de la pápula.

Pinchado el vértice de una pápula con un alfiler, si se comprime la base entre los dedos, se enuclea muy fácilmente una pequeña masa esférica, claramente limitada por una envoltura de tejido conjuntivo, y que el microscopio demuestra ser una glándula sebácea más ó menos hipertrofiada. Las glándulas de los grandes labios, normalmente voluminosos, parecen muy favorables para este estudio.

Gamberini cree que el proceso puede fijarse en las glándulas sudoríparas (*hidrosadenitis sifilítica*) y dar lugar á elevaciones cuyo vértice perforado deja pasar la excreción sudoral: apoya su juicio en la observación clínica.

Se da el nombre de *sifiloderma herpetiforme* á una erupción papulo-vesiculosa cuyos elementos se dan á conocer por su pequeñez y confluencia. Si las vesículas se hallan dispuestas en círculo, simulan á veces el *herpes circinado*, en términos que solo el microscopio permitirá establecer una distinción. La integridad de los pelos, el color cobrizo, el escaso número de focos, etc, explican fácilmente las equivocaciones.

Es muy raro que la erupción se presente bajo la forma de vesículas aglomeradas, (*forma eccematosa*), cuyo sitio habitual es la cara ó el cuero cabelludo, pero que también pueden invadir el escroto y la región perineal. En un caso referido por Paola, la erupción cubría todo el cuerpo, escepto el dorso de las manos, los dedos, las rodillas y los pies. Las vesículas miliares se destacan sobre un fondo rojo-oscuro, toman rápidamente el aspecto purulento y después se desecan en costras: como se comprende, no causan escozor ni prurito.

A priori es indudable que una pápula puede llegar á ofrecer una exudación bastante abundante, simulando una ampolla de *pénfigo*. Este fenómeno se explicará especialmente si el sujeto ofrece á la vez un mal estado general, una caquexia cualquiera, y se encuentra sometido á condiciones higiénicas deprimentes, que favorezcan los fenómenos exosmóticos de la sangre, disminuyendo su plasticidad. Entre las causas predisponentes figura también, sin duda alguna, el sitio de las lesiones: en efecto, es evidente que, bajo un epidermis que oponga obstáculos á su expansión, la lesión primordial (pápula

con exhalación serosa) no pudiendo triunfar del revestimiento que la comprime, ofrecerá mayor inclinación á desarrollarse en anchura. Así puede explicarse la formación de las ampollas en determinados puntos en vez de las vesículas.

Pero examinemos lo que dice la clínica. Jullien ha podido reunir hasta quince observaciones de pretendido pénfigo sifilítico en adultos. Se trataba con frecuencia de erupciones aisladas de ampollas poco numerosas, en los sitios más diversos, en unión de otras enfermedades, en sujetos que habían tenido sífilis y en los que al parecer faltaba cualquier otra causa. Cree el Dr. Jullien, que sólo uno de estos casos probó la posibilidad de la existencia del pénfigo sifilítico en los adultos: tratábase de un hombre de 41 años, de constitución fuerte, siempre sano hasta Abril de 1864 en que adquirió la infección: á mediados de Julio inmediato tenía poliadenitis, iritis y ampollas, de varios tamaños y en diferente estadios, en todo su cuerpo, excepto la cara, las manos y la pierna izquierda: curó por el tratamiento fénico-sulfítico (1).

Por nuestra parte, hemos visto las variedades de sifiloderma, vâriceliforme y hepiforme, pero nunca las restantes; el pénfigo sólo en niños con sífilis hereditaria.

La rareza de las formas vesículo-flictenulares, la escasez en género de los elementos, la dificultad de encontrarlos en estado de pureza, la caducidad de éstos, han obligado sabiamente á algunos á no hacer un tipo distinto de los sifilodermas vesículo-flictenulares, colocándoles entre los pápulo-pustulosos.

El *diagnóstico* descansa, en gran parte, en las concomitancias y en el curso.

El *pronóstico* no tiene nada de particular.

Basta casi siempre el *tratamiento* general.

SIFILODERMA PUSTULOSO

ACNÉ, IMPÉTIGO, ECTIMA

La lesión elemental primitiva de los sifilodermas pustulosos, (2) es una colección de pus subepidérmica, que bien pronto se convierte

(1) Hasta aquí, el presente capítulo, está tomado en parte del magistral tratado del Dr. Jullien (1886).

(2) Fournier los titula pústulo-crustaceos, porque hay primero una pústula, que rápidamente se convierte en una costra permanente, que no pocas veces engaña al médico.

en una costra (1). La fusión purulenta y la costra llegan á adquirir proporciones diversas. El trabajo lento, á veces destructivo, del dermis, es causa de pigmentaciones y de cicatrices.

La erupción pustulosa reconoce causas locales y á menudo generales, que consisten en la tendencia piogénica del sujeto (linfatis- mo, escrófula, anemia, caquexia), la cual debe combatirse y corregirse ante todo, al inaugurar el tratamiento.

Las primeras erupciones pustulares suelen ser resolutivas; en cambio causan siempre destrucciones en la piel las tardías y las precoces malignas. La larga duración y fácil recidiva de algunas formas pustulares, hacen que puedan existir durante todo el período secundario, no siendo raro encontrarlas en el terciario. Van acompañadas de tumefacciones ganglionares mayores que en las dermatosis secas.

Comprenden tres variedades: el *acné*, el *impétigo* y el *ectima*, que en ocasiones llegan á mezclarse entre sí.

El *acné* se halla representado por pústulas pequeñas, acuminadas ó esféricas, que descansan sobre una elevación papulosa y se desecan en una costra amarillenta ó parda. Tienen aquellas su asiento en los folículos pilosos y sebaceos, sobre todo del cuero-cabelludo, de la frente, de las regiones escapular y sacra; son raras en el pecho y aun más en los miembros.

Aparece el acné antes que las demás formas pustulares y sigue un curso bastante más rápido que ellas. Pocos sifilíticos se ven libres del acné de la cabeza.

El *precoz* suele ser diseminado; el *tardío* y el *maligno* están dispuestos en grupos que se tornan ulcerosos. A veces se limita á un pequeño número de manchas, notables por la confluencia de las pústulas, por la infiltración de su base y limpieza de los bordes que las limitan: *acné marginado crónico* descrito por Tantarri.

Hay también á menudo una *forma verrugosa* en las regiones pilíferas, en la cara, en el cuello, en el pubis y en los grandes labios. Se halla caracterizada por elevaciones lenticulares, acumuladas ó esparcidas, de color rojo claro, con base anular, con costras verdosas, siempre atravesadas por un pelo, y que constan de un producto sebo- purulento.

(1) Fournier los titula pústulo-crustáceos, porque hay primero una pústula que rápidamente se convierte en una costra permanente y que no pocas veces engaña al médico.

Sifiloderma acnéiforme.

1. Por lo general se ve en la edad adulta, dura algunas semanas;
2. Existiendo en cualquier punto, no falta en el cuero cabelludo; aparece bastante diseminado por varias partes; aunque raro, también se ve en las extremidades;
3. Se compone de elementos eruptivos, que tienen próximamente la misma edad;
4. La base de las eflorescencias es papulosa, por lo cual comprimiéndola no da pus. Falta la areola. La costra se forma lentamente y es delgada. Puede la erupción hacerse pápulo-escamosa, lo cual no sucede en el acné simple.

Acné vulgar.

1. Erupción esencialmente crónica. Comienza en la juventud para prolongarse hasta la edad madura;
2. Prefiere la frente, el dorso y el pecho, es decir, la mitad superior del torax;
3. Los elementos representan las más diferentes fases de desarrollo;
4. El pus existe hasta en el seno de la piel; por la presión, lo mismo que si se hiciera sobre un forúnculo, se le ve salir. Hay areola inflamatoria. La costra se forma lentamente y es gruesa: al desprenderse deja una cicatriz indeleble.

El pronóstico es menos favorable que en las formas maculosas y papulosas. El acné diseminado cura más pronto que el confluyente.

Rara vez se halla indicado un tratamiento local. En tal caso se separarán las costras, merced á los emolientes, para practicar después unciones con unguento de precipitado blanco de mercurio, 1, ó subsulfato de mercurio, 2; en vaselina ó glicerolado de almidón, 3o gramos.

En las personas poco sufridas, que se rascan con frecuencia la cabeza, el acné podrá reclamar una medicación más enérgica.

De las formas ulcerativas ya nos ocuparemos en otro lugar.

El *impétigo sifilítico* consta de pústulas miliares que suelen agruparse, en número más ó menos considerable, sobre una extensa mancha sonrosada. Si aparece en el segundo período, tiene tendencia resolutive; en cambio, en el período terciario, ó cuando sobreviene con ciertos caracteres de malignidad, tiende á la ulceración; en el primer caso es más bien diseminado, en el segundo confluyente. Existe sobre todo en la cabeza, donde prefiere la región mentoniana, las alas de la nariz, el surco de la barba, las comisuras labiales, el cuero cabelludo. También se ve á veces en el pubis, sobre el esternón, siendo raro en los miembros, especialmente en los inferiores.

La duración de la pústula es efímera. Las costras no se hallan nunca formadas de capas sobrepuestas; permanecen aplanadas en su conjunto, no se elevan en masas cónicas, y tienen una areola más ó menos roja. La pústula puede tener un estadio papuloso, y la costra residir sobre una elevación también papulosa; entonces no se trata del verdadero impétigo, sino de *pápulas impetiginosas*. En la forma benigna, las costras se desprenden con facilidad, la areola palidece y queda una coloración que puede persistir indefinidamente. La forma benigna sigue su curso en dos ó seis semanas, teniendo mucha influencia el tratamiento.

En los caquéticos adquiere á veces una tendencia maligna. En torno de la costra, el epidermis está levantado por una serosidad purulenta, que se concreta en una zona costrosa. A ésta se unen otras nuevas, en tanto que el dermis es atacado por zonas de ulceración, regularmente concéntricas y circulares (*impétigo rodens*), y que pueden unirse á otras procedentes de las localidades inmediatas: de aquí resultan úlceras serpiginosas, con diámetros de 5 á 15 centímetros.

El impétigo benigno específico semeja notablemente al vulgar, algunas veces á la sicosis de la barba y al eccema impetiginoso.

Impétigo sifilítico.

1. Más frecuente en los hombres adultos, en la cabeza y en las partes pilíferas;

2. Hay erupciones sucesivas, subagudas, de elementos que nunca son muy finos ni muy homogéneos. Dan costras delgadas, amarillo-pardas, sucias, rodeadas por una areola cobriza, algunas veces colocadas sobre una elevación papulosa, que persiste después de desprenderse las costras. Es posible la cicatriz; inevitable una pigmentación persistente.

Impétigo simple.

1. Más frecuente en los niños y en los jóvenes, sobre todo en la cara;

2. La expulsión es muy aguda, los elementos casi siempre confluentes y uniformes. Las costras gruesas, amarillo-relucientes, frágiles, no descansan sobre elevaciones papulosas. El tejido subyacente no se ulcera. Al desprenderse las costras, la piel permanece sana y la coloración secundaria se disipa muy pronto.

La sicosis és muchas veces secundaria al herpes parasitario ó al eccema, etc.; se limita á las regiones en que más abundan los pelos; puede haber en ella muchos focos que hayan aparecido rápidamente, de gran volumen, pruriginosos, etc. (forma parasitaria) ó uno solo algo elevado, por lo general en el labio superior (forma no parasita-

ría); hay siempre infiltración hasta en el hipodermis; es fácil no dolorosa la avulsión de los pelos, que tienen edematosa la vaina de la raíz, y está además revestida por el *microphiton tonsurans*.

El mayor grado de elevación, el gran prurito, el calor, etc., servirán para reconocer el eccema.

En la variedad benigna, el impétigo no tiene peor significado que el acné. Exige igual tratamiento.

El *ectima* sifilítico se halla caracterizado por pústulas cuyo tamaño varía entre el de una lenteja y una haba, que descansan sobre un tejido infiltrado, rodeada por areolas, y cuyo contenido suele ser hemo-purulento.

Hay una forma común, precoz, benigna, es decir, *superficial*, y otra no muy frecuente, tardía y maligna, siempre grave, es decir, *profunda*, que puede conducir á la rupia y á las ulceraciones graves.

[Nada más instructivo que citar un caso, entre los varios que he tratado, de *úlceras cutáneas sifilíticas fagedénicas*, notable por más de un concepto, y que merece haga en este lugar un resumen de su observación. Se trata de un individuo de 30 años, de temperamento linfático, con gran desarrollo del panículo adiposo, produciéndole una corpulencia que no guardaba relación con su edad; desde muy pequeño cuando contaba algunos meses, fué inficionado por la nodriza que lo criaba; toda su vida la ha pasado con diferentes manifestaciones de esta enfermedad, habiéndole supurado varios ganglios del cuello y cara. Cuando fué hombre, tuvo varias reinoculaciones *venéreo-sifilíticas*, habiendo tenido un bubón que se ulceró é hizo fagedénico y le duró algunos meses; en la garganta tuvo también ciertas manifestaciones, habiendo sido destruida la úvula y el borde del velo palatino por las ulceraciones que había tenido, y últimamente le salieron varios granitos rojos y duros, uno de ellos situado en el centro del muslo derecho en su cara anterior interna, granito que según el interesado se reventó y ulceró; extendiéndose cada día más la ulceración; lo vieron los médicos de su pueblo empleando varios tratamientos locales, cauterizaciones con el nitrato de plata fundido, calomelanos estendidos en la úlcera, ácido bórico en lavatorios y compresas empapadas en este ácido para cura etc., etc., infinitos recursos, con nada se cerraba la úlcera, al contrario, cada día se extendía más: le molestaba mucho para andar, y en tal estado se vino á Madrid á ponerse en cura; entonces fué cuando me encargué de su asistencia. Tenía una úlcera de bordes irregulares y cortados á pico, de fondo sucio y de una

extensión enorme, pues cojía la mitad superior de la parte anterior interna del muslo derecho. Después de recojer todos los antecedentes y enterarme de los tratamientos que había seguido, vi con sorpresa grande que ¡no le habían dado ningún preparado mercurial ni iodurado! he de advertir que el enfermo es una persona ilustrada, por lo que estaba bien enterado de los tratamientos que le habían dispuesto.

Inmediatamente lo sometí al tratamiento específico, dándole el protoioduro de mercurio, 10 centigramos en dos píldoras, asociado á un centígramo de extracto tebáico para corregir los trastornos intestinales de esta sal. Los tónicos en todas sus formas, vinos quinados, preparados ferruginosos (el ioduro-ferroso en las píldoras de Blancard) y la alimentación más nutritiva posible, carnes, huévos, leches: como tratamiento local se limpió la ulceración con el permanganato potásico y después se hicieron las curas con el iodoformo finamente pulverizado. Se pulverizaba la úlcera con una disolución de ácido fénico al tres por ciento, y después de secar bien con algodón fenicado, se cubría la úlcera con el iodoformo y encima se ponía un trozo grande de dicho algodón y un vendaje contentivo, al día siguiente se quitaba el algodón y se pulverizaba con la disolución fenicada, y la parte que buenamente se desprendía de iodoformo se limpia con el algodón y se vuelve á cubrir otra vez con el iodoformo los sitios descubiertos.

Poco á poco se fué cicatrizando la úlcera, se presentaron islotes de tejido cicatricial en el centro que se iban extendiendo y rellenándola, y por los bordes, aunque más despacio, también se presentaban los mamelones cornosos, y al cabo de dos meses se cicatrizó por completo la ulceración, por supuesto sin dejar ni un día la medicación específica y tónica; después tomó las duchas, adquirió buen color y se fortificó. Ha seguido medicinándose durante todo un año, dejando algún mes de descanso; he visto recientemente al enfermo, el cual se encuentra completamente bien sin haberle salido ninguna erupción y más fuerte y robusto que nunca.—H. B.]

El ectima superficial aparece hácia el segundo año; prefiere los miembros inferiores y se manifiesta menos en la frente, la nuca, etc.; las pústulas duran 2 á 3 días; las costras sucesivas tienen 2 á 4 milímetros de diámetro; son pardas, delgadas, adherentes: separadas con la uña ó con una cataplasma permiten ver otras tantas erosiones, que muy pronto se convierten en nuevas costras; al cabo de algún tiempo, la areola se disipa, las erosiones cicatrizan y caen las costras. La coloración secundaria persiste mucho más que en las otras formas pustulares resolutivas.

Se asocia á erupciones cutáneas papulosas y aun eritematosas.

Abandonado á su propia evolución, dura algunos meses, y no tarda en complicarse, ora con formas eruptivas más avanzadas, ora con accidentes de otro género. Bajo la influencia del tratamiento específico, cura en algunas semanas.

Pústulas flácidas, superficiales, análogas á las del ectima, pueden presentarse en las piernas, en la escrófula, en la caquexia, en el éstasis de la safena, por rascarse el enfermo (en las dermatosis zooparasíticas, en el prurigo, prurito, eccema); por otros irritantes externos (revulsivos, balneo-hidroterapia), por el uso interno de los ioduros, etcétera. El sitio, la distribución á veces circular de la sífilis, la falta de prurito, los antecedentes, las concomitancias, lo mismo que el examen de la erupción, máxime si se hallan interesados los miembros inferiores, nos indicarán la naturaleza de la enfermedad.

El tratamiento local no debe descuidarse nunca, sobre todo cuando se trate de un ectima superficial, que por el sitio que ocupa y por su intensidad, puede agravar el estado general del sujeto. La separación de las costras, la aplicación de los diversos tópicos que hemos mencionado al hablar del acné, discos de tela untada con emplasto de Vigo, alternando con lociones fenicadas... tales son los medios empleados por casi todos los autores.

Las diversas erupciones sifilíticas dejan ordinariamente en pos de sí una coloración pigmentaria. Desde hace más de treinta años se habla de una *cromatosis cutánea sifilítica primitiva* (*sifilide pigmentaria, vitiligo, hipercromia*, etc.) Por el contrario, Neisser y Riehl (1883-84) se han ocupado de una forma de *leucoderma* del cuello, secundario á formas maculo-papulosas. Rosenthal observó el leucoderma en sujetos sifilíticos que padecían sifilodermas (1885). Hensch (1) ha visto á menudo en niños atróficos, con sífilis hereditaria, una pigmentación oscura de la piel, tan intensa como el color bronceado de la enfermedad de Addison. Haslund (1886) asegura haber observado el leucoderma en el 30 por 100 de los hombres sifilíticos, el 65 por 100 en la mujer; cree que aparece siempre en el punto del sifiloderma maculoso, nunca en el papuloso, como quería Neisser; y de un modo bastante más exclusivo que este último autor, dice que debe proceder siempre de una erupción sifilítica.

(1) Hensch, *Lecciones sobre enfermedades de los niños*. Edición española, en publicación, traducida por el Dr. Valle y Aldabalde.

Por lo demás, casi todos los sifiliógrafos italianos admiten hoy un *sifiloderma pigmentario, maculoso y areolar*, que corresponde al período secundario, según han demostrado Tanturri y Amicis. Dicho sifiloderma no tiene nunca una duración definible, ni se modifica en manera alguna por el tratamiento específico.

SÍFILIS DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS.

SIFILIDES MUCOSAS.

Las erupciones específicas de las mucosas tienen una analogía bastante grande con las que aparecen en la piel: sin embargo, razones anatómicas por un lado, é irritaciones de diversa índole por otro, hacen que esta correspondencia falte muchas veces, creciendo unas en la piel y otras en las mucosas: así, es inútil buscar en la piel las placas opalinas y en cambio faltan por lo general en las mucosas el pénfigo, las vesículas y las pústulas.

No es oportuno comprender todos los elementos eruptivos de las mucosas bajo la denominación de *placas mucosas*, que abarcaría formas muy diversas; por el contrario conviene distinguir:

- 1 Sifilides mucosas eritematosas;
- 2 — — erosivas;
- 3 — — pápulo-erosivas;
- 4 — — pápulo-hipertróficas;
- 5 — — tuberculares;
- 6 — — gomosas;
- 7 — — ulcerosas.

El *eritema maculoso*, ó difuso, tiene un color rojo obscuro que se destaca bruscamente en medio del color normal de la mucosa. La superficie puede ser granulosa, desigual, con depresiones surcadas: algunas veces, en los puntos que en estado sano son eminentemente papilares, como en la lengua, se eleva (*placa lisa*) pudiendo haber aumento en la secreción catarral. El epitelio, modificado en su nutrición, puede descamarse, ó bien cubrirse de plasma y de glóbulos purulentos, hacerse grueso, turbio, constituir manchas algo prominentes, ovoideas ó circulares, grises ó blanquecinas, como las que deja en una mucosa el toque con el nitrato de plata (*placa opalina*, psoriasis de la lengua).

En las *formas erosivas* suele haber caída del epitelio de lá mucosa, y eritema.

Las *sifilidès pápulo-erosivas*, llamadas también pápulas mucosas ó pápulas húmedas, son infiltrados papulosos que carecen de epitelio y segregan: cónicas, hemisféricas, planas, infundibuliformes, en forma de anillo, pueden, por completo ó en parte, elevarse sobre el terreno mismo del sifiloma.

Las sifilides *pápulo-hipertróficas* equivalen á pápulas desarrolladas exageradamente; la infiltración es más ó menos considerable y abunda el epitelio; las papilas sufren en ocasiones una gran hipertrofia, se elevan y agrupan para constituir verdaderos papilomas en forma de hongo, de coliflor, etc.

Las pápulas pueden deprimirse, y, según su distribución y profundidad, resultan escoriaciones y úlceras de diversa forma é importancia.

De los *tubérculos*, etc, nos ocuparemos al hablar de las formas terciarias.

Las erupciones en las mucosas pueden ser provocadas, y lo son á menudo, una ó varias veces, por irritaciones locales; pero también suelen abrirse paso espontáneamente, es decir, por la sola fuerza de la infección; todas ellas son secretorias, es decir, que aumentan la producción catarral, ó provocan la producción de pus; todas son *sifilides húmedas*. Ellas y las producciones cutáneas afines, residentes en las inmediaciones de los orificios naturales, son las que *fomentan y perpetúan* en grado máximo esa *llaga social*; tienen una facultad sorprendente de recidivar y una *potencia extraordinaria para reproducirse*. Por sí mismas, no provocan síntomas subjetivos dignos de mérito; pero se ulceran ó cubren de detritus, de secreciones ó de hipertrofias, pueden disminuir la distensibilidad de la mucosa que las padece y estrechar la luz misma del conducto mucoso, hasta ocluirlo ó dificultar el paso á los flúidos patológicos y normales; provocar inflamaciones vivas, hemorragias, trastornos funcionales, como la abolición de la voz, del oído, del olfato, hacer que sean dolorosos los movimientos, etc.

Las sifilides mucosas pueden ir acompañadas de siflodermas diversos; otras veces, especialmente las recidivas, pueden figurar por sí solas.

Frecuentes en los orificios y en las primeras vías, expuestas á irritaciones inevitables, suelen ser muy rebeldes y reclaman—puede decirse siempre—el tratamiento local y el general, tanto higiénico como farmacológico.

Interesan la boca, la faringe, el oído medio, la nariz, la mucosa de los órganos genitales, del intestino recto y del ojo.

SIFÍLIDES MUCOSAS DE LA BOCA

LABIOS, CARRILLOS, ENCÍAS, PALADAR Y LENGUA.

Las manifestaciones bucales son más frecuentes en los hombres adultos; se observan con alguna frecuencia, aun en la edad de la dentición. Las determinan el fumar y mascar tabaco, el uso de los alimentos acres, irritantes, los alcohólicos, la poca limpieza de la boca, la cáries y necrosis dentarias, como todo lo que mantiene cierta irritación, los trastornos gástricos, el soplar vidrio, etc.

En la *parte externa* de los labios se confunden á menudo con el sífiloma. Hay formas eritematosas, opalinas, amplias pápulas lardáceas, grietas, erosiones y aun úlceras. Ocasionan gran escozor en los labios, dolor al ejecutar sus movimientos, salivación y hemorragia. La lentitud é indolencia en el desarrollo, la aparición sucesiva de focos diversos, distingue las formas erosivas de la *hidroa*, que es febril, con vesículo-flictenas agudas, á veces erosivas, pero casi siempre de pronta y espontánea curación. Las erosiones aparecen muchas veces en las comisuras bucales, atacan igualmente uno ú otro labio, se rodean en su borde cutáneo de granulaciones ó costras oscuras, que en la mucosa tienen á menudo un aspecto opalino.

En la *cara posterior de los labios*, la presión desigual de los dientes puede producir lesiones grisáceas, más ó menos amplias. Las criptas mucosas, cerradas, visibles, apreciables por el tacto en gran número, se inflaman y abren—*aftas*,—toman forma acuminada y siguen un curso agudo, muy doloroso; por las señales próximas puede trazarse la historia completa de la evolución del mal y de su índole.

En los *fondos de saco labio-gingivales* se perciben á menudo grietas ó escoriaciones sobre áreas opalescentes, y además indicios de visible infiltración, poco ó nada dolorosa.

En el *interior de los carrillos* se pueden continuar las erosiones y placas de los labios. A menudo se ve un color gris ó blanco, esparcido por una mancha simétrica, triangular, con base hácia delante, que puede observarse también en la lengua y en los álveolos.

De éstos, el último molar inferior enferma muchas veces en el pliegue mucoso que gira por detrás del diente llamado del juicio, sobre todo si éste brota en época próxima á la infección. La mucosa puede estar engrosada, tomar un color blanquecino y volverse dolorosa.

El *paladar*, principalmente en la parte posterior, puede presentar manchas, anillos eritemáticos, algunas veces elevados, erosivos. Allá donde comienza el velo del paladar, generalmente en la línea media, se descubre no pocas veces una elevación gris, reluciente, erosiva, con areola á su alrededor, etc. El aspecto, el curso lento, el desarrollo sucesivo de los focos, la falta de dolor, las concomitancias... indican la procedencia é índole del mal.

La *lengua* puede ofrecer alteraciones más diversas. Algunas disposiciones hereditarias, estados morbosos generales, la lentitud en la circulación, las lesiones del estómago, las de la cavidad bucal, ciertos hábitos y profesiones pueden, además de comprometerla por cuenta propia, hacer que padezca la sífilis: también ésta interesa la lengua sin que exista una vulnerabilidad previa. Es natural que las sífilides linguales simples reflejen la infección de un modo mucho más claro que algunas formas mixtas; las sífilides linguales antiguas asumen á veces un aspecto algo obscuro. La lengua sufre formas secundarias en las 2 ó 3 primeros años. Las irritaciones diversas de la lengua aparecen en los hombres adultos y en los niños próximos á la dentición, más que en las mujeres.

Rara vez se ven, como en la piel, manchas lenticulares, elípticas, redondas, superficiales, aisladas ó confluentes, ligeramente desca-mativas (*roseola*).

El eritema cubre á veces igualmente en ambos lados, durante dos ó cuatro semanas, la punta de la lengua, por un color sonrosado ó rojo obscuro, que se detiene bruscamente, con un borde algo más elevado. El contacto con substancias ácidas, calientes, no provoca dolor; el resto de la lengua y el estómago pueden estar muy sanos. No se confunden con los círculos y manchas eritematosas que suelen aparecer de un día á otro, que acompañan á las gastropatías y la

dentición, que se manifiestan en la punta y en los bordes, bajo la forma de círculos ó arcos, unidos ó separados, amarillentos, elevados en la periferia, en los que el epitelio está macerado, más rojos y granulados en la parte central, y que suelen curar rápidamente.

La porción anterior á las papilas circunvaladas, y especialmente la mucosa dorsal del cuerpo de la lengua, ofrece á menudo pápulas miliáres y lenticulares típicas, capaces de hacerse umbilicadas, anulares.....; de formar discos coriáceos planos ó mamelonados policíclicos, que, al resolverse, se escinden en sus elementos papulosos originales; discos que duran dos á cinco semanas, sin que el epitelio se altere notablemente en su nutrición, y que molestan tan solo al hablar y mascar. El sitio y disposición de las papilas circunvaladas impedirá tomarlas por pápulas. Dichas pápulas pueden hipertrofiarse y, en los bordes de la lengua, sobreviene á menudo la maceración del epitelio, la erosión; además pueden convertirse en úlceras lardáceas, opalescentes ó eritemáticas, con bordes poco dolorosos; si chocan contra un diente, ó bien con los alimentos ó con un humo irritante, se inflaman y son dolorosas.

Algunas veces en el dorso, en la parte provista de papilas, se forman poco á poco 1, 10, 20 y más zonas deprimidas, con bordes limpios, sin visible maceración del epitelio; zonas redondas, ovals ó elípticas, ora separadas, ora fundidas entre sí en algunos puntos, notables, porque son planas como si no hubiera papilas (*placas lisas de la lengua*) de un color á veces más obscuro que el resto de la mucosa. Análogos aplanamientos, circunscritos ó extensos, redondos, etc., se ven durante muchas semanas, y aún meses consecutivos, en sifilíticos completamente sanos por lo demás, en pelagrosos no sifilíticos, etc: son discos de hiperemia lenta, con descamación abundante por insuficiente nutrición epitelial (*queratolisis*).

La congestión papilar crónica provoca á veces un engrosamiento de las papilas, con proliferación incesante y amplia del epitelio, que da lugar á estratificaciones más gruesas que en estado normal (*paraqueratosis*). Esta distrofia puede interesar la lengua como los labios, los carrillos y el paladar; constituye la *psoriasis de la lengua y de la boca*.

Consiste en manchas lacteas, opalinas, análogas á las que deja el toque de un cilindro de nitrato de plata sobre una mucosa, lisas, no deprimidas al nivel de la mucosa, á veces más elevadas, redondas, ovals, anulares, irregulares, en ocasiones más ó menos separadas, á menudo reticuladas. Sus dimensiones varían entre las de una cabeza de alfiler, una lenteja, (*placas opalinas*), una moneda de una ó dos

pesetas y aun más, rodeadas por areolas, susceptibles de descamación, que descansan sobre una mucosa engrosada y que también se notan en la cara inferior del órgano.

Tal engrosamiento se observa, mejor que en ninguna otra parte, en el interior de los carrillos, donde la mancha blanca ó *leucoplaquia* (1), en forma de triángulo, constituye en ocasiones una pequeña elevación; y algunas veces también en la lengua, que, demasiado amplia para caber en la arcada dentaria, llega á ser dividida en surcos de diversa dirección. La descamación puede dejar depresiones sonrosadas, relucientes, escoriadas; en las depresiones dentarias, puede la psoriasis constituir grietas y úlceras.

Así como en la palma de la mano la *psoriasis* llegar á ser *córnea*, así también en la mucosa buco-lingual los surcos los engrosamientos pueden crecer, hasta el punto de merecer el título de *Keratitis mucosæ linguae*. Ciertas condiciones existentes en el individuo, las irritaciones procedentes del exterior, pueden en la lengua, como en la palma de la mano, concurrir á cambiar la fisonomía del mal, de modo que haga difícil su interpretación.

La punta de la lengua y los bordes correspondientes á los últimos dientes, son los sitios más comunes de las úlceras. Estas tienen un fondo lardáceo, reluciente, con areola á su alrededor, y generalmente encuentran en una condición de los dientes la explicación de su aparición y de su pertinacia. En las formas linguales más graves, sobre todo si van acompañadas de solución de continuidad y flogosis, puede haber salivación, dolor al hablar y en contacto con los alimentos, y alguna hemorragia. En la raíz lingual parece que sólo sufren los folículos mucosos, que pueden engrosar lo mismo que los de las amígdalas.

[El respetable sífilógrafo español Dr. Castelo (padre), ha tenido en sus clínicas del hospital de San Juan de Dios un notabilísimo caso de fisura profunda de la lengua, del que dió cuenta á la Real Academia de Medicina, y del que se puede ver una pieza modelada en cera que representa esta afección en el período de mayor intensidad en el Museo anatómo-patológico de dicho hospital: el caso, tal como lo comunicó el Dr. Castelo á la Real Academia, es como sigue: «El día 8 de Octubre del año próximo pasado de 1887 entró en mi clínica, ocupando la cama núm. 1 de la sala tercera de mi cargo en el hospital de San Juan de Dios, el sujeto á quien acabais de examinar ya

(1) De λευκος blanco y πλασσο plasma.

completamente curado de la grave afección que le obligó á ingresar en el citado establecimiento.

»Dicho individuo se llama J. P. y L., natural del Horcajo (provincia de Cuenca), de 34 años de edad, casado, de estatura regular, moreno, enjuto de carnes, de buena constitución, temperamento sanguíneo y dedicado al comercio ó venta de vinos al por menor. De los antecedentes de familia recogidos, resulta que procede de padres sanos, que su madre falleció de un catarro pulmonar, y su padre y un hermano, vivos aún, disfrutaban también de buena salud. Respecto á antecedentes patológicos personales, no consta que el sujeto de quien se trata haya padecido más enfermedades que las propias y peculiares de la infancia, hasta fines del mes de Mayo del año 1879, en cuya época y á los ocho días siguientes á un coito sospechoso, se presentó en la mucosa balano-prepucial (el enfermo no puede precisar el sitio) una enfermedad caracterizada por la secreción de un flujo moco-purulento, un engrosamiento é inflamación de las partes afectas, sensación de picor y molestia y la formación de unas vesículas ó vejiguitas que muy pronto se convirtieron en otras tantas úlceras, las cuales, ensanchándose, se reunieron en una sola. Por el orificio de la uretra salía también bastante cantidad de flujo sero-mucoso, experimentando el paciente picazón y molestia en dicho conducto, sobre todo al tiempo de orinar. En vista de esto, consultó á un médico, el cual le cauterizó la ulceración con nitrato de plata fundido, y le prescribió inyecciones con líquidos astringentes, y al interior, el bálsamo de copaiba en diversas formas. Así continuó por espacio de dos meses próximamente, y poco después todo desapareció y el enfermo se consideró completamente curado.

»Nada he podido averiguar acerca de la existencia de inflamación de los vasos linfáticos del miembro, infartos inguinales, etc.; pero por lo que va dicho, parece indudable que se trataba de una afección doble, es decir, de una blenorragia uretral y una balano-postitis ulcerosa é infectante, á juzgar por lo posteriormente ocurrido.

»En cuanto á ascendientes secundarios, no parece haber existido más que una erupción de granos por todo el cuerpo, de color obscuro, y que no daban pus (según expresión del enfermo), y que indudablemente debió ser una *sifilide papulosa*. Desaparecida ésta, añade, quedó bien y como si nada hubiera tenido, hasta el mes de Mayo del año 1885, en cuya fecha empezó á sentir en la garganta cierta molestia, cierto estorbo para tragar, así las substancias sólidas como los líquidas, pero mucho mayor para estos últimos; y habiéndose reconocido él mismo la región afecta, notó, dice, un granito junto á la

campanilla. Consultó á un médico, el cual le cauterizó con el nitrato de plata fundido y le prescribió varios gargarismos astringentes. Viendo que no se le curaba, consultó con un médico homeópata, el que no le dispuso otra cosa que unos globulitos, que el enfermo tomaba en un poco de agua. Así estuvo durante unos cinco meses. En este espacio de tiempo la ulceración fué extendiéndose é invadió toda la parte posterior de la faringe, hasta tal punto, que no le permitía tragar líquidos fríos, siendo también el paso de los alimentos difícil y doloroso. Desesperanzado, se fué á su pueblo natal, limitándose allí al uso de gargarismos emolientes, con los cuales nada adelantó. A principios del año siguiente, volvió á Madrid y acudió á la consulta pública del *Instituto de terapéutica*, establecida en el hospital de la Princesa, donde le vieron varios profesores, los cuales calificaron de sifilítica la enfermedad, prescribiéndole toques con un pincel empapado en una disolución astringente, cuya composición el sujeto desconoce, el ioduró potásico al interior, con lo cual mejoró bastante, curándose completamente después. Por esta época se le presentó en la cara superior y mitad derecha de la lengua un tumor como un garbanzo, duro, indolente, que le estorbaba algo la masticación. Hizo algunos remedios, y nada consiguió. El tumor fué creciendo, elevándose y extendiéndose en todos sentidos y tomando una forma ovoidea en dirección antero-posterior. A los doce ó veinte días dice el enfermo que observó que el tumor se ablandaba, aunque sin disminuir de volumen, hasta que al fin se abrió un orificio, por el cual salía un humor parduzco y pegajoso.

»El orificio fué ensanchándose, su superficie ó cubierta superior destruyéndose, adquiriendo una forma irregular, extendiéndose hacia atrás y hacia adelante mucho más que en sentido lateral, profundizando en el espesor de la lengua y produciéndole grandes molestias al hablar, al beber, y al comer sobre todo, porque los alimentos se introducían en la cavidad que constituía la ulceración y le era muy difícil y molesto el sacarlos.

»Consultó á varios médicos, hizo toda clase de enjuagatorios, unos que aquéllos le prescribían y otros que le mandaban los amigos y nada adelantó. Algún profesor consideró la enfermedad como de carácter canceroso, y así se lo dijo á la esposa del paciente, indicándole que nada hiciese más que algún enjuagatorio de limpieza, porque el mal no tenía remedio.

»Habiéndole aconsejado que entrara en el Hospital de San Juan de Dios, se presentó y fué admitido en mi clínica, ocupando, como dejo dicho, la cama núm. 1 de la sala tercera de mi cargo en dicho

establecimiento el día 8 de Octubre de 1887. Su estado era el que fidelísimamente retrata la pieza de cera que teneis á la vista, primorosamente ejecutada por tan hábil y conocido escultor especial señor D. Enrique Zofio.

»En virtud de los antecedentes patológicos de los padres y hermanos del sujeto, de los personales del mismo, de la forma y caracteres objetivos de la lesión, de la falta de dolores lancinantes, de irradiaciones neurálgicas, hemorragias, infartos submaxilares, olor de la secreción, etc., etc., deseché desde la idea de luego afección cancerosa y diognostiqué un *goma ulcerado de la lengua*.

»Constituía la enfermedad, según habeis podido observar, una ulceración en la cara superior y mitad derecha del órgano citado, de un centímetro de extensión transversal y de más de cinco de longitud, de aspecto cavernoso, de bordes lisos y á nivel del resto de la lengua, ligera é irregularmente festoneados, sin *ranversamiento* en ningún sentido; de paredes excavadas, fondo desigual, de color pardo amarillento y sucio y con infiltración plástica periférica, elástica al tacto, no resistente, dura y como leñosa.

El tratamiento á que se sometió al enfermo fué el siguiente:

»Como alimento, dieta exclusivamente láctea, á fin de evitar roces, magullamientos, y sobre todo, la introducción de sustancias más ó menos duras y ásperas en el seno de la úlcera y los frotés y traumatismos necesarios para extraerlos.

»Como tóxico, lociones simples de limpieza, enjuagatorios tres ó cuatro veces al día con la fórmula siguiente: Tintura de iodo, 1 gramo; iodura potásico, 6 gramos; agua destilada, 300 gramos; m. y h. s. a., y lubricaciones en todo la superficie ulcerosa con mezcla de tintura alcohólica de iodo y agua en la proporción de una parte del primer líquido por tres del segundo. Las proporciones de esta mezcla fueron variándose, haciéndola más concentrada á medida que se iba estableciendo la tolerancia por parte del enfermo y mejorando las condiciones de la ulceración.

»Al interior no prescribí más medicamento que el ioduro potásico ó la dosis de medio gramo dos veces al día, aumentando con observación de los efectos medio gramo diario hasta llegar á la cantidad de 6 gramos, de cuya dosis no se pasó.

»Sería inútil y enojoso el describir con todos sus detalles la marcha progresiva de la úlcera hacia la curación. Baste decir que desde el primer momento se empezó á notar el alivio; la úlcera fué cambiando de aspecto, su superficie limpiándose, adquiriendo un tinte primero sonrosado, después rojo vivo; las desigualdades desaparecien-

do, el fondo elevándose, formándose mamelones carnosos y bridas carnosas en diferentes direcciones desde una á otra pared de la excavación, hasta rellenarse por completo todo el hueco de ésta; el infarto periférico y de la base desvaneciéndose, y por último, recobrando el organo enfermo su blancura, flexibilidad y consistencia propias, quedando únicamente una especie de fisura longitudinal aún desprovista de epitelio, á causa del roce de los alimentos que ya se permitían al enfermo, tanto para nutrirle mejor cuanto para evitar la repugnancia y monotonía de la alimentación exclusivamente láctea.

»Para favorecer la copleta cicatrización de dicha fisura y dar consistencia al epitelio, se le aplicaron unas planchuelitas en forma de cintas estrechísimas, de algodón higoscópico, empapadas en una disolución de sulfato de cobre en la proporción de 15 gramos de dicha sal por 30 gramos de agua destilada. Algunos lijeros toques con el nitrato de plata fundido completaron el tratamiento y terminaron la curación, hasta el punto en que acabais de ver al enfermo, no quedando como vestigio de tan grave afección más que una línea cicatricial antero-posterior.

Todo este proceso morboso como ahora suele decirse duró mes y medio.»

Hay gran dificultad muchas veces para distinguir las ulceraciones sifilíticas de la lengua de los que son producidos por otra infinidad de causas desde la traumática ocasionada por el roce de una muela ó diente roto, diversas erupciones herpéticas ó reumáticas etc., hasta la úlcera de naturaleza cancerosa, hay, repito, muchas veces dificultad para hacer un diagnóstico exacto, así es que deben tenerse en cuenta los antecedentes individuales, de familia recogidos con escrupulosidad, la edad del sujeto, etc., etc., y en último término, en caso de duda, emplear como piedra de toque el tratamiento mercurial-iodurado, porque si es sifilítica desaparecerá en breve y si no lo es no sufrirá ninguna modificación ó se empeorará; esta práctica ha sido seguida por muchos médicos, porque la experiencia les ha demostrado que algunas veces las manifestaciones secundarias y hasta primarias de la sífilis, habían pasado desapercibidas para el enfermo, y el tratamiento específico había hecho desaparecer la enfermedad de la lengua, lo que demostraba su naturaleza sifilítica.—H. B.]

Llegamos ahora al *diagnóstico*.

Las aftas simples son ligeras ulceraciones, rara vez aisladas, que, por su fase vesiculosa, por la formación rápida, por su curso breve, y por el vivo dolor que las acompaña, se distinguen fácilmente de

las lesiones específicas: residen, más que en la lengua, en los labios y en el paladar.

El soplar vidrio, el fumar, el uso del mercurio, pueden determinar trastornos epiteliales que simulan los accidentes sifilíticos.

En los vidrieros, 6 ó 700 veces al día, la mucosa se halla sometida á una fuerte presión y á una temperatura elevada. Se ven en ellos manchas opalinas, bilaterales, simétricas, constantemente situadas en torno del orificio—á veces ampliado—del conducto de Stenon; aunque sean muy ámplias, no llegan á la comisura labial, no se ulceran nunca: están constituidas por epitelio reblandecido y acumulado.

En los fumadores, se encuentran manchas ó estrías blanquecinas de epitelio quemado en la cara posterior de los labios, en el interior de los carrillos, desde la comisura hasta la unión de ambas mandíbulas; á veces, en el mismo borde lingual de un solo lado, ó en grado mayor en éste. Estas lesiones van acompañadas de dientes ennegrecidos y catarro crónico de la faringe. Tal estado no tiende á la evolución ulterior; por lo general no causa incomodidad, dura muchos años y aun toda la vida.

La ulitis, la salivación, la movilidad y sensación especial de alargamiento de los dientes, la tumefacción de la mucosa, despiertan muy pronto la sospecha del mercurialismo. La fecha de la enfermedad, el curso, las concomitancias, deben tenerse en cuenta en los casos difíciles.

El *pronóstico* de las lesiones buco-linguales no es grave: la solución de continuidad, la psoriasis, exigen, sin embargo, mucho tiempo para curar, y tienden á reproducirse una ó más veces.

El combatir las concausas y la infección consiste en disipar prontamente algunas lesiones, contra las cuales el mismo enfermo desea un tratamiento local. Este puede también disminuir ó destruir el peligro de trasmisión de la sífilis á los sanos, y, por lo tanto, debe establecerse como regla para vencer ciertas manifestaciones.

Ante todo, conviene una limpieza cuidadosa en la boca; empastar ó limar los dientes que irriten, proscribir todas las substancias irritantes, como el tabaco, los alcohólicos, los alimentos ó bebidas muy ácidos, picantes ó salados. Tener limpios los dientes con una esponja ó un cepillito, usando polvos de quina y carbón, á partes iguales. Además, según los casos, convienen las cauterizaciones y los colutorios. Para las primeras, el nitrato de plata en cilindros suele tener una acción superficial; es más activo el bicloruro de mercurio 0.5, alcohol 2 y agua 15, y mucho más aún el nitrato ácido de mercurio,

que tiene el inconveniente de provocar mayor dolor. Estos cáusticos líquidos se usarán cada dos ó tres días, para toques limitados, llevándolos localmente con un limpia-dientes que apenas esté mojado, ó bien por medio de un palito á cuyo extremo se fija un poco de algodón empapado en tales líquidos. Después de la cauterización, se hará un gargarismo.

La cauterización no debe repetirse cuando sea muy viva la reacción. El colutorio será emoliente (cocimiento de cebada, de malvas, infusión de llanten, de cabezas de adormideras) mientras dure el dolor, y después astringente: clorato potásico ó biborato sódico al 1 ó 2 por 100, con tintura de ratania ó de coclearia al 1 ó 2 por 100, etc.

SIFÍLIDES MUCOSAS DE LA FARINGE, DE LA OREJA Y DE LA NARIZ.

Los hombres, los sujetos escrofulosos, los fumadores, enferman de estas partes con gran frecuencia: especialmente en el velo del paladar, se inician, durante algún tiempo, y desaparecen después, las manifestaciones secundarias, que no pocas veces son aisladas. Hay quien admite una *angina sifilitica aguda*.

En doce ó veinticuatro horas, partiendo de las inserciones al paladar, se extiende hasta comprender los cuatro pilares una rubicundez viva, á la cual puede seguir cierta exudación serosa entre las células epiteliales y en las mallas de la mucosa, pudiendo paralizarse el velo del paladar: las amígdalas enferman de un modo análogo.

Puede haber hipersecreciones, ulceraciones de los folículos, abscesos intersticiales y submucosos. Por nuestra parte, nunca hemos visto supuraciones en tales partes; en cambio, no pocas veces hemos observado gran rubicundez de todo el pliegue mucoso, á consecuencia de formas eritemáticas.

El eritema específico del velo palatino invade ambas mitades de un modo simétrico, con color rojo vivo claramente limitado, pero que se extiende poco á poco, hasta invadir toda la región. Dura algunas semanas y provoca cuando más una sensación de sequedad y ligero dolor en el momento de la deglución.

Los trastornos del régimen, las medicaciones tópicas exageradas, uniéndose al eritema, pueden aumentarlo, favorecer el edema agudo epitelial y mucoso, por lo cual el epitelio se hincha, se enturbia; la

úvula, los pilares se tornan gruesos, dolorosos, resultando de aquí molestias al hablar y al deglutir, salivación, etc.

La angina eritematosa dura dos ó cuatro semanas, puede recidivar, favorece la hipertrofia de las amígdalas, y conduce en ocasiones á la angina papulosa. El velo del paladar presenta á veces ambas formas al mismo tiempo; pero es más frecuente que existan solas las pápulas. Residen sobre todo en los pilares anteriores, junto á su inserción lingual. En estos puntos son muy marcados, lo mismo que en la úvula, van casi siempre acompañados de edema, y tienden á la hipertrofia. En las amígdalas ofrecen un carácter menos invasor: desde los pilares posteriores, se propagan á la cara anterior más á menudo que al borde, del cual no pasan por lo general. Todas tienden á hacerse erosivas, cubriéndose muy pronto de una pseudo-membrana difterioidea ó pultácea.

Las tonsilas, que con frecuencia están hipertrofiadas, nudosas, lobuladas, antes del desarrollo de tales lesiones, se alteran todavía más cuando éstas toman gran incremento, y llegan á ser un nido tenaz de dichas manifestaciones que, estendiéndose por las anfractuosidades, ulcerando, etc., dan al órgano una fisonomía especial. Lo mismo que en la lengua, en el velo del paladar las pápulas constituyen á veces anillos completos ó poco menos, con superficie íntegra ó erosionada.

Las partes próximas al paladar (fosas nasales, trompas de Eustaquio, laringe) pueden resentirse del estado anormal de aquel: en ocasiones se ven pápulas y placas sin ningún dolor; otras veces hay sufrimientos más ó menos vivos, según el grado de inflamación que acompaña. Cuando tales faringopatías se hacen subsistentes y se agravan á medida que se alejan de la época de la infección, determinan á menudo la sífilis faringo-nasal, tubérculo-gomosa.

No nos dejaremos engañar por la presencia de ciertas elevaciones en forma de pápulas que ofrecen muchos individuos en la base de la úvula; ni por otras análogas papilomatosas en su punta; ni por el aspecto de la úvula bifida. El color rojo-lívido que en muchos individuos se nota en la inserción lingual de los pilares anteriores, ciertas opalescencias que en los fumadores pueden extenderse desde la boca al istmo, la inflamación de los folículos tonsilares, por los cuales sale á veces una masa mucosa, fácil de separar con un alfiler, que pueden cerrarse y formar quistes tensos relucientes, del espesor de un grano de maíz... son hechos que se manifiestan muchas veces y que un médico de buen juicio sabrá apreciar en cada caso.

La falta de fiebre, la poca importancia de los síntomas subjetivos

la facilidad de las recidivas, el curso lento, el aspecto opalino, lardaceo, etc, no permiten grandes incertidumbres en el diagnóstico.

Las faringopatías, según su intensidad, se pueden combatir localmente con gargarismos de borax al 3 por 100, de ácido fénico ó de permanganato de potasa al 0,25 por 100, ó de licor de Labarraque al 25 por 100. Los gargarismos de bicloruro de mercurio ennegrecen casi siempre los dientes, que entonces convendrá limpiar, lavándolos con una disolución de ácido clorhídrico diluido: para no tener tal inconveniente, se pueden llevar directamente á las fauces pulverizaciones con bicloruro de mercurio, 0,05, alcohol de menta, 2; agua destilada, 100. Cuando convienen modificadores más enérgicos, se recurrirá al nitrato de plata ó bien al nitrato ácido de mercurio. Si llegara á caer en el estómago alguna cantidad de nitrato argéntico, el cloruro sódico sería suficiente para neutralizarla; de cualquier modo, siempre conviene administrar tales substancias con precauciones.

El nitrato mercúrico, en cantidad excesiva, puede producir síntomas de hipersaturación; si cae en la laringe, determina á veces gran sofocación y hasta la muerte: aun usado para toques limitados, produce en algunos individuos dolores muy vivos, que duran horas enteras. Con todo, su eficacia es tan sorprendente, que no podemos menos de sacar partido de ella. Se emplea con tal objeto un bastoncito de ballena ó de caña, y se moja su punta descubierta ó envuelta por una pequeña cantidad de algodón absorbente, teniendo cuidado de esprimirla cada vez antes de llevarla á la garganta. Debe conocerse siempre la tolerancia del individuo, algunas veces el dolor llega á su grado máximo media hora después de aplicar la medicación. Inmediatamente después de ésta, el individuo puede tragar trocitos de hielo, practicar gargarismos emolientes ó sedantes.

El *órgano del oído* puede ofrecer en su pabellón pápulas secas y húmedas, ulcerosas, hipertróficas; la trompa de Eustaquio, la cavidad del tímpano enferman también de sífilis, no pocas veces, sobre todo por difusión desde la faringe (1). Hay entonces ruidos, disminución del oído, otalgia, sorodra completa, tumefacción de la membrana y tímpano, y aun su inflamación y perforación, sobre todo en los sujetos escrofulosos y en los que han padecido en otras ocasio-

(1) Belz, Gruber, Lancereaux creen que los accidentes del oído medio pueden ser también independientes de los fenómenos raringeos.

nes de *otitis media* (1). Rara vez llega á haber inflamación del pe-riosteo y del oído interno.

La profilaxis de la trompa se funda en la medicación apropiada de la faringe. El catarro de la trompa se combatirá con la ducha de aire simple ó medicinal (vapores de éter acético, de cloroformo, et-cétera), practicada una vez al día, ó bien cada dos días. Cuando existe la seguridad de que hay pus acumulado en la caja, se debe vaciar á través del tímpano. Esperar la perforación espontánea, equivale en ocasiones á dejar que continúen los dolores y exponer la membrana á una desorganización irreparable.

La *mucosa nasal* padece con frecuencia en la porción cartilaginosa, y especialmente allá donde abundan los pelos. Las manchas y pá-pulas de la piel se replegan hacia la mucosa, según se ve más ame-nudo en el lado externo de la nariz. Allí las infiltraciones pueden llegar á tener cierta consistencia; cuando se funden, se cubren de costras, de vegetaciones, provocan ciertos síntomas y pequeñas he-morragias.

En torno de las alas de la nariz se elevan muchas veces papulo-pústula que forman costras, las cuales se reproducen durante muchos meses consecutivos, cuando el enfermo se las arranca con las uñas.

Jullien considera posible, en el período secundario, una *rinitis crónica seca*. La parte alta de la nariz es visitada también por las formas tercianis.

El nitrato de plata, la pomada de precipitado blanco, la ducha nasal, etc., hacen curar esas manifestaciones.

SIFÍLIDE MUCOSA DE LA LARINGE

La sífilis secundaria endolaríngea se encuentra en cerca del 10 por 100 de los enfermos; en la mujer es muy rara. La acción del frío, de la humedad, del tabaco, de los alcohólicos, el hablar mucho én voz alta, el canto... son sus factores habituales.

Las formas precoces se declaran de los 45 á 70 días de la infección; las tardías 6 á 10 meses después. En las primeras, que son superficiales, el órgano se halla comprometido en sus funciones fonéticas;

(1) Urbantschitsch, *Tratado de las enfermedades de los oídos*, versión española de los doctores M. Carreras Sanchis y Carlos de Vicente. Madrid, 1881.

en las segundas está interesada la respiración, pues son profundas, ulceran la mucosa, la destruyen, la transforman en tejido cicatricial, provocan edemas, laringo-estenosis que amenazan sofocación y hasta la determinan.

Las laringopatías secundarias son lentas, indolentes, falta la tos, la expectoración, lo mismo que las molestias al tragar; la voz es muy caprichosa.

Comprenden: el eritema, las placas, las erosiones, y también el edema y la hiperplasia de la mucosa.

La *rubicundez eritematosa* es difusa; algunas veces consiste en pequeñas manchas equimóticas, dura seis á ocho semanas y rara vez se complica con edema. Este prefiere las partes dotadas de tejido celular abundante y laxo, á saber: los pliegues ariteno-epiglóticos y tiro-aritenoideos superiores, los aritenoides y los bordes de la epiglotis.

Es justo considerar como sifilíticas algunas elevaciones sesiles, del tamaño de un guisante (*pápulas*), rojas, que suelen alterar poco la voz y que, bajo la influencia de los mercuriales, se disipan por completo.

En el mes de Mayo de 1884, en una mujer de 25 años (infecta desde mediados de Diciembre anterior, que nunca había hecho uso del tratamiento general y que presentaba una poliadenitis), encontramos justificada una notable disfonía al ver cierta elevación, del tamaño de un céntimo, amarillenta, con areola á su alrededor, indolente, que residía en el espacio interaritenoso, y que en menos de un mes se disipó por completo bajo la influencia de un tratamiento antisifilítico general.

Análogas *placas mucosas* se observan á veces en las cuerdas vocales y en la epiglotis. Nosotros, que desde el año 1876 examinamos la laringe de los sifilíticos tan pronto como se sospecha una lesión, podemos asegurar que dichas placas son bastante raras.

Las *erosiones* derivan de los hechos precedentes, trasudan serosidad y residen en la cara lingual de la epiglotis, pudiendo causar molestias cuando pasan sobre ellas los alimentos. Por lo demás, son indolentes y hasta suelen pasar desapercibidas: según algunos autores, en ocasiones llegan á ser centro de un trabajo hiperplásico, que, hipertrofiando las papilas, da lugar á la formación de pequeñas vege-

taciones acuminadas, sesiles, en las cuerdas vocales inferiores, y, en algunos casos, en toda la superficie laríngea.

La *laringitis hiperplásica* difusa es una forma de paso á las lesiones terciarias. La mucosa se torna roja y túrgida, hasta estrechar el conducto, causar disnea y afonía, con peligro recurrente de sofocación por edema. Esta forma de laringitis deja á veces vestigios irremediabiles en la voz; en casos excepcionales puede exigir la traqueotomía.

La laringitis no específica crónica aparece casi siempre en pos de un enfriamiento, permite ver con el laringoscopio una vascularización muy marcada, uniforme, sin elevaciones, nunca en forma de roseola. La rubicundez es más viva que en la sífilis, las cuerdas aparecen intactas ó ligeramente sonrosadas. Los síntomas subjetivos son más graves; sólo la modificación de la voz es menor y menos persistente.

Debe prohibirse el canto, el hablar en voz alta, el paso brusco á temperaturas diversas, la permanencia en lugares en que haya mucho polvo que podría irritar la garganta, el fumar, el abuso de los alcohólicos, etc.

El *tratamiento* general basta en las formas eritematosas: la hipertrofia, las placas y las vegetaciones rebeldes exigen con frecuencia medios tópicos. Las inhalaciones emolientes ó astringentes, templadas, son preferibles á las pulverizaciones de líquidos fríos y reportan algún beneficio. Las lesiones circunscritas y algo más graves, se combatirán más eficazmente con el pincel y con el portagotas. Estos pueden llevar remedios muy valiosos y facilitar, á nuestra vista, su distribución. El bromuro de potasio, en inhalación, alternando con las embrocaciones de cloroformo y de clorhidrato de morfina, ó mejor de clorhidrato de cocaína, al 4 ó 10 por 100, pueden calmar la sensibilidad del órgano. Los modificadores que deben emplearse después serán, según las necesidades, el nitrato de plata en disolución al 5 por 100, el nitrato mercúrico al 1 por 100, el cloruro de zinc al 2 por 100. También se ha recomendado una fórmula compuesta de iodo, 1; ioduro potásico, 1; glicerina, 50, y extracto tebáico, 0,10.

SIFÍLIDES MUCOSAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

Hemos visto que en la piel de los órganos genitales son comunes las manifestaciones del segundo período: lo propio sucede en las superficies mucosas.

En la *mucosa del glande* se presentan no pocas veces manchas de roseola, eritema difuso, pápulas secas descamativas, pápulas y placas mucosas.

Las formas secas sobrevienen cuando el órgano está al descubierto; el fimosis, la abundante secreción, la poca limpieza, ocultan las demás. En tales condiciones, el eritema asume un color rojo-livido; la placa mucosa puede ulcerarse y hacerse vegetante; el sífiloma se transforma en placa mucosa, y aumenta ó aparece la *balano-postitis sífilítica secundaria*. Esta es poco inflamatoria, casi indolente, se desarrolla muy pronto, va acompañada de una pastosidad esclerosa del prepucio, y también de verdadero edema flogístico: la secreción que sale es escasa, poco ó nada purulenta. Puede coexistir con el sífiloma; la gangrena es excepcional.

El *prepucio* ofrece á veces pápulas con erosiones lineares en su orificio; por lo demás, toma parte en la inflamación difusa. Los ganglios de la ingle no se modifican.

El aislamiento, la limpieza, los fomentos de resorcina ó de licor de Van-Swieten, y las aspersiones con óxido de zinc y colomelanos, á partes iguales, curan muy pronto esta erupción.

En los *genitales femeninos* son posibles todas las manifestaciones eruptivas. Raras en el interior y en la parte superior de la vagina, más aún en el resto de este conducto, se presentan á menudo en la vulva. Allí, el eritema difuso y con manchas separadas, las erosiones, las pápulas, las placas y las úlceras se unen y se transforman; á menudo motivan el intertrigo, la dermatitis, el edema, el flemón circunscrito, la hipertrofia, la deformación elefantíasea, con una frecuencia y en un grado que la sífilis no determina en ninguna otra parte.

Las eflorescencias, tanto en los *grandes labios* como en los *pequeños*, están casi siempre alineadas simétricamente: en el borde de las ninfas puede sobrevenir una dureza que simula la inicial, pero

que se reconoce por el estado de los ganglios; en las caras de las niñas, las pápulas se hallan algunas veces acompañadas de elevaciones anulares y de segmentos de anillo.

En el prepucio del *clitoris* se presentan á menudo eritemas, erosiones, hiperplasias papilares, hipertrofias de todo el aparato, que adquiere un volumen triple ó cuádruple y consistencia compacta. En la horquilla, las infiltraciones, más ó menos amplias, dan lugar á fisuras. El embarazo, los tumores abdominales, la presencia de cuerpos extraños en la vagina, el abuso de los placeres sexuales, fomentan la producción de dichos productos vulvares, los cuales, al cesar tales causas, ora se disipan, ora ceden mucho más fácilmente al tratamiento.

En la parte superior de la *vagina* se ven pápulas aplanadas, lenticulares, redondas, erosivas ú opalinas con areola, esparcidas ó en grupos; coexisten á menudo lesiones del cuello y su duración es muy breve.

En el *cuello uterino* sobrevienen erosiones, pápulas y úlceras. Las erosiones no tienen, por sí solas, nada de particular. Las pápulas lenticulares, elevadas, erosivas, á veces sonrosadas, ordinariamente de color gris-perla, son verdaderas placas opalinas; en otros casos son amplias, cubiertas de exudado difteroiide, verdaderas placas mucosas. Las úlceras pueden no tener nada de específico. Todas las manifestaciones uterinas á que nos referimos curan con gran facilidad.

El herpes progenital, las lesiones catarrales ó traumáticas, con su sitio, aspecto, disposición, dolor, benignidad y falta de adenopatías; las úlceras venéreas múltiples, de rápida formación, dolorosas, autoinoculables, aun espontáneamente; las vegetaciones papilomatosas diseminadas, sin infiltración del dermis, con poca ó ninguna tendencia á macerar, con la dificultad de que residan en las partes superiores del aparato sin que las haya también en las inferiores ó en la piel inmediata á éstas, etc... difícilmente se confundirán con las sífilides de la región que nos ocupa.

Las erosiones uterinas catarrales parten del orificio y más á menudo de su contorno posterior, desde donde pueden ensancharse, hasta circundar todo el orificio. Cuando existe la cervicitis, la erosión se forma, se ensancha y cura con gran lentitud, sin que existan eflorescencias distintas en el útero ni en ninguna otra parte.

Las sífilides mucosas en los genitales no revisten nunca gran gravedad: tienden mucho á recidivar, y su curabilidad es notable, sobre todo cuando se hallan colocadas en la vagina ó en el útero.

La limpieza, el reposo, el aislamiento de las partes bastan muchas veces para alejar tales manifestaciones. Por lo demás, se pueden emplear las pulverizaciones con óxido de zinc y calomelanos á partes iguales; las lociones con el licor de Labarraque, los fomentos con la disolución de bicloruro de mercurio (Van Swieten), las cauterizaciones con el nitrato de plata y con el nitrato ácido de mercurio, ó con el nitrato de zinc en estado naciente.

SIFÍLIDE MUCOSA DEL ANO.

Además de las sífilides cutáneas perianales, pápulas y placas erosivas, hipertróficas, etc., debemos estudiar las de la mucosa anal, que son más frecuentes en la mujer y no suelen pasar del esfínter externo.

Consisten en erosiones ó úlceras ragadiformes, ocultas en los pliegues radiados del ano, los cuales llegan á engrosar, en virtud de la hiperplasia que puede difundirse desde la mucosa al tejido subcutáneo. El paso de las materias fecales irrita, inflama esas grietas, que entonces son muy dolorosas y pueden provocar contracciones espasmódicas del esfínter, lo mismo que las grietas simples.

Las grietas y escoriaciones sífilíticas no penetran nunca profundamente en el intestino, terminan siempre por resolución, sin dejar cicatriz, sin peligro de proctoestnosis; son menos frecuentes que las simples; curan con más facilidad y recidivan mucho menos que éstas.

La sífilis anal exige que las materias fecales sean blandas, y esto se conseguirá con alimentos y bebidas apropiados; además son útiles las lociones deterativas, polvos y fomentos, como en el artículo anterior. Contra las grietas, está indicado el iodoformo: con una capa fina de éste se cubrirá, una ó dos veces al día, toda la solución de continuidad, previamente distendida con cuidado: si existen fungosidades ó infiltraciones, estarán indicados los toques con nitrato mercúrico.

SIFÍLIDE MUCOSA DE LA CONJUNTIVA.

No es frecuente. En un hombre de 65 años, infecto en Septiembre de 1882, y que desde tres años antes padecía un abundante lagrimeo, pudimos observar el 28 de Febrero siguiente, además de un sífiloderma difuso de pápulas miliares y lenticulares mezcladas, una manifestación conjuntiva. Invirtiendo el párpado inferior derecho, cerca del fondo de saco, vimos una tumefacción del tamaño de media avellana pequeña, transversalmente elíptica, con un diámetro vertical de 3 milímetros y horizontal de 10, de color rojo-pálido, indolente aun á la presión, compacta, lisa, sin vascularización á su alrededor, implantada sobre la conjuntiva, que parecía movable. Esa pápula desapareció por completo en breve tiempo de tratamiento antisifilítico, á la vez que el sífiloderma.

No son tan raras las *placas mucosas* lardáceas, difteroideas, en los ángulos palpebrales. Se han visto en las conjuntivas grupos de 3 á 4 pápulas con el vértice blanco, purulento, y también úlceras secundarias.

Tales oftalmopatías son benignas y causan dolor.

El tratamiento local se reduce á algún colirio y á los toques con nitrato de plata disuelto.

LESIONES DE LOS APÉNDICES CUTÁNEOS.

UÑAS Y PELOS.

En las uñas obsérvanse alteraciones de dos órdenes: unas interesan tan solo la uña, *onixis*; otras se inician en las partes blandas alrededor de la uña, que enferma consecutivamente, *perionixis*.

En la *onixis* la piel, que á veces aparece intacta, da un producto epidermoidal viciado. La uña, comprometida en sus orígenes, se ve expuesta en los diversos casos á la fragilidad, á la división, al desprendimiento parcial, á la separación total, á la caída (según quiera decirse) y á la hipertrofia.

La *perionixis* puede ser *seca*, *inflamatoria* y *ulcerosa*. La *seca* se halla constituida por un engrosamiento papular que, como en la

palma de las manos, se descama á veces y en otros casos permanece liso, calloso: está colocado en uno ó más puntos, en el borde libre, detrás de la matriz ó en los bordes laterales. En ocasiones, alrededor de la lesión periunguinal, se manifiesta un estado subinflamatorio, una especie de *panadizo sifilítico*, menos activo, mucho menos doloroso, bastante más duradero que el común y que cesa por reabsorción. En los piés, mucho más que en las manos, sobre todo en el dedo gordo, la compresión de la uña contra los bordes puede obrar sobre el infiltrado, provocar una nueva inflamación, determinan en el mismo pliegue erosión, ulceración, fungosidad, dolor, secreción sero-sanguinolenta y fetidez (*uña encarnada ó enclavada*).

La *perionixis ulcerosa* puede ir acompañada de pápulas, tubérculos y pústulas; manifestarse en el primero, segundo y tercer año de la infección. Puede rodear por completo la uña, desprenderla de su lecho; tornarse saniosa, grisácea, con secreción sero-purulenta, sucia, á veces sanguinolenta. Los bordes de la úlcera pueden estar cortados á bisel, y el fondo llegar á hacerse vegetante, gangrenoso. No faltan casos en los cuales la piel se torna roja alrededor, como edematosa, hiperplásica, y la falangeta toma un aspecto claviforme, con un volumen tres ó cuatro veces mayor del normal. La uña llega á caer muy pronto; los dolores pueden ser muy vivos; pero la ulceración no suele invadir las partes profundas.

No debe confundirse la perionixis sifilítica con la *oniquia maligna* (Vanzetti) más frecuente en la edad pueril, en los dedos de la mano, y en la cual, después de una inflamación aguda, derivada casi siempre de una grave contusión ó laceración de la uña, ó de un panadizo subunguinal, sobreviene una ulceración que se extiende en torno de la matriz de la uña: ulceración crónica muy pertinaz, á veces bastante dolorosa, que no destruye todo el espesor de la piel, que cura sin dejar cicatriz y que permite que la uña esté adherida á la matriz durante algunos meses.

La perionixis suele invadir varios dedos al mismo tiempo; á veces recidiva.

Su larga duración, el dolor y la gangrena, la pertinacia de las formas ulcerosas, hacen á veces bastante grave el pronóstico.

La forma seca no suele reclamar tratamiento local; la inflamatoria exige la aplicación de un vendaje oclusivo con tiras untadas de emplastro de Vigo ó emplastro mercurial simple. En los casos de ulceración, se separará la parte de uña que esté desprendida, y se im-

pedirá la presión que puedan ejercer sobre la úlcera los bordes irritantes.

Las lociones fenicadas, practicadas dos veces al día, el iodoformo, el nitrato de plata, el nitrato de plomo, la escisión de las vegetaciones y luego los vendajes con emplasto, como antes hemos dicho, completan, con el plan interno, el tratamiento.

La *alopecia*, es decir, la caída de los pelos del cuerpo, y especialmente los de la cabeza, figura entre los síntomas más comunes del período secundario. Es tan frecuente en el sexo masculino como en el femenino. Aparece en los seis primeros meses de la infección. Puede ser secundaria á erupciones específicas, y también manifestarse sin relación con ninguna lesión aparente de la piel (*alopecia diatésica*), sin coincidir con una marcada anemia ó inanición.

Es muy frecuente en sífilíticos que no han tomado siquiera un milígramo de mercurio, substancia que nadie puede demostrar haya perjudicado al pelo, si antes no se encuentra gravemente comprometida la nutrición general.

Ante todo, los pelos se tornan pulverulentos, secos, pierden su brillo, están mal nutridos, en términos que parece que el enfermo lleva peluca: se desprenden por la más ligera presión y llegan á caer por sí solos. La parte pilífera queda enrarecida, casi de un modo uniforme; ó bien se ven algunas zonas completamente desprovistas de pelos, si bien éstas no son tan redondas ni tan grandes como en la *alopecia areata*.

Ninguna molestia acompaña á esta caída, que, en dos ó tres semanas, puede dejar completamente desnuda la superficie de la cabeza como la de cualquier otra parte pilífera, y aun la de todas ellas (*sifilide decalvante general*).

La calvicie, más ó menos completa, dura algunas semanas y después se reproducen los pelos: la sífilis no ocasiona nunca una alopecia estable.

Las mixturas escitantes pueden activar la reproducción de los pelos; por lo demás, el tratamiento general basta, por sí sólo, para devolver á las partes su estado anterior. Rara vez recidiva la alopecia.

OFTALMOPATIAS SECUNDARIAS

Durante las manifestaciones generales del segundo período, pueden enfermar casi todas las partes que constituyen el ojo, incluso los músculos motores del mismo. Tales oftalmopatías son frecuentes, de forma variable; á menudo se manifiestan en ambos ojos; perjudicando notablemente la visión, que llega á estar abolida. Invaden, principalmente, el iris, el cuerpo ciliar, el vitreo (1).

La *iritis* es la más frecuente, la más pronta de estas lesiones, que es raro no se compliquen entre sí. La mitad próximamente de las iritis, sobreviene en sujetos sifilíticos. Lo mismo que en las formas comunes, suele haber: inyección periquerática, cambio de color del iris, estrechez y deformación pupilar, sinequias posteriores, exudación serosa, hipopión, hipoema, hinchazón del iris, neuralgias periorbitarias, fotofobia, epífora ó lagrimeo y también trastornos en la visión. La sífilis produce casi siempre la *iritis simple ó plástica*, pero también puede determinar la *serosa* y la *flegmonosa*. Una forma particular de inyección periquerática, el color cobrizo del pequeño círculo del iris, no son signos diferenciales de gran valor. La iritis específica no tiene, por lo demás, signos patognómicos; sin embargo, se ofrecen al práctico algunas particularidades que tienen cierta significación, á saber: el curso subagudo, el dolor tan escaso, que á veces llega á faltar; la bilateralidad simultánea ó sucesiva; la coexistencia de otras flegmasías oculares; la inflamación de una sola parte del iris.... La forma de iritis plástica invade el iris en todo su espesor.

Sólo cuando la iritis es de origen sifilítico, se ven los *condilomas* del iris, llamados también vegetaciones, ó pústulas, ó tubérculos, etc., los cuales son nódulos amarillentos, en número de 1 á 4, se desarrollan al terminar el período secundario, sobre todo en la proximidad del borde pupilar, desde donde pueden crecer, hasta llegar á la periferia del iris por una parte, y la córnea por otra. Colberg ha demostrado que son histológicamente análogos á los gomos. El proceso puede manifestarse de un modo insidioso, difundirse al cuerpo ciliar, determinar sinequias, etc.; por lo tanto, el pronóstico debe ser reservado.

(1) J. Camuset, *Manual práctico de oftalmología*. Edición española. Valencia, 1888.

Conviene siempre tratar enérgicamente la iritis, por sí misma y por las sucesiones que puede provocar.

Cuando la forma es bastante aguda, se puede aconsejar la aplicación de sanguijuelas y las inyecciones hipodérmicas de morfina; cuando llega á ser exagerada la tensión endocular, se hará la paracentesis, tanto para calmar aquella, como para alejar productos inflamatorios de la cámara anterior.

En los casos ordinarios, el mercurio y la atropina son los dos tópicos exclusivos que deben usarse desde el principio hasta la completa resolución. Se harán grandes unturas con unguento mercurial, sobre la frente, sobre las sienes y en el lado afecto, una ó dos veces al día; después se procurará llenar la indicación más imperiosa, que consiste en inmovilizar la parte enferma y prevenir las sinequias: con tal objeto, se recurrirá á las instilaciones de sulfato neutro de atropina disuelto en agua al 1 por 100, no solo para dilatar la pupila, sino también para disipar la congestión del iris. Si hay grandes dolores, á la atropina se puede unir el clorhídrico de cocaína.

Sin hablar de los individuos predispuestos á los ataques glaucomatosos, en los cuales debe prohibirse el uso de la atropina, hay algunos en los cuales produce hinchazón de los párpados y conjuntivitis catarral: en todos estos casos podrá recurrirse á la duboisina, midriático no menos seguro que la atropina.

Terminada la inflamación, se pueden vencer las sinequias, aparte de estos medios, con una disolución de eserina al 1 por 100, alternando con la atropina: de otro modo, será precisa á la corelisis ó la iridectomía.

La terapéutica general podrá consistir en una ó dos inyecciones de calomelanos en la región temporal, tratamiento éste dotado de un notable valor revulsivo local, y, en la forma más aguda, en los calomelanos por la boca á dosis refracta, continuando hasta la salivación: asimismo puede emplearse el bicloruro y el protoioduro de mercurio. En las formas crónicas ó tardías, es indispensable la administración del yoduro potásico, á la dosis de 2 á 6 gramos por día. En estos últimos años se han recomendado, como coadyuvantes, las inyecciones hipodérmicas de pilocarpina.

La *inflamación del cuerpo ciliar* puede seguir á la del iris, y también precederla. La *ciclitis* llamada *gomosa* caracteriza una infección grave, todavía reciente.

El iris y el cuerpo ciliar suelen padecer á la vez la infiltración. El principio de la enfermedad es insidioso, el sitio que ocupa puede

substraerla durante algún tiempo á las miradas del médico. Si sigue progresando, se manifiestan dolores periorbitarios que aumentan por la presión sobre la región ciliar (aunque sea muy ligera) el ojo enrojece y se hace sensible á la luz: entonces puede comprobarse ya la *iridociclitis*. Aparece después una elevación, como estafilomatosa, de la parte anterior de la esclerótica, la rubicundez aumenta, el iris se cubre de falsas membranas, la cámara anterior se llena de exudados; la coroides puede empujar la esclerótica, bajo la forma de pequeñas elevaciones que corresponden al cuerpo ciliar subyacente, las cuales, dado el adelgazamiento y desgaste de la esclerótica, ofrecen un color azulado. Tales prominencias pueden después aumentar, llegando á ser un estafiloma del cuerpo ciliar.

La *queratitis*, bajo la forma *punteada* difusa, suele seguir su curso por sí sola y representa una infección adquirida.

La *queratitis parenquimatosa* indica, en cambio, una sífilis hereditaria.

Ambas son susceptibles de curación, que se efectúa de una manera lenta y rara vez completa.

El *vítreo*, lo mismo en pos de lesiones del cuerpo ciliar y de la coroides, que por inflamaciones desarrolladas primitivamente en su seno, puede perder su transparencia cuando se forman en él lo que se llaman *copos*. Resultan de filamentos raros ó numerosos, muy móviles por los movimientos del globo ocular: ora constituyen como un rizo de cabellos ensortijados; ora son membranas anchas, opacas, irregulares, unidas por un extremo al fondo, y á veces amplias, hasta simular un desprendimiento retiniano.

También las *coroiditis* sifilíticas van acompañadas de esos copos en el vítreo, presentando entonces, ora un aspecto filiforme, ora pulverulento.

El enfermo se queja de miodesopia intermitente. Los copos y su movilidad, pueden percibirse con el simple oftalmoscopio, aun sin el auxilio de la lente.

Las alteraciones del iris y del cuerpo ciliar especialmente, pueden dar origen á opacidades parciales y progresivas del *aparato cristalino*.

La *neuritis óptica* suele acompañar á otras afecciones del globo ocular; puede también seguir á una localización sifilítica en el cere-

bro, y ordinariamente es unilateral. Sus síntomas son: obnubilación, debilidad progresiva de la vista, amaurosis. Al principio se ve la papila hiperémica, prominente, con contorno mal circunscrito, con expansión considerable de las venas y á la vez adelgazamiento de las arterias. Después, poco á poco, sobreviene la hiperplasia conjuntival que arrastra á la esclerosis las fibras nerviosas y el tejido celular intersticial. En este punto, la papila se ha hecho blanco-gris con bordes irregulares y vasos filiformes.

En concepto de algunos autores, la neuritis óptica está representada por un goma. Según su asiento, habrá *papilitis óptica*, ó bien *neuritis retrobulbar*, ó bien *neuritis descendente*.

No hay que olvidar las posibles lesiones óseas capaces de estrechar el agujero óptico.

La *coroido-retinitis*, cuando no se declara como proceso agudo, sólo puede ser estudiada y seguida en su curso por medio del oftalmoscopio. El enfermo podrá darnos una guía en el diagnóstico, á la vez que se practica minuciosamente la inspección del campo visual, con lo cual se reconoce la extensión y asiento de las varias lesiones. Se tendrá en cuenta la posible hemeralopia en los primeros estadios, y también otros fenómenos subjetivos, como la micropsia, la metamorfopsia y discromatopsia, que acompañan á las diferentes atrofas retinianas. A menudo hay á la vez cefalalgia rebelde, cierto dolor vago en el ojo, sensación de tensión y presión en el fondo de la órbita, con sensibilidad excesiva del globo ocular.

Cuando el curso es agudo, los medios oculares, siendo menos transparentes, dificultan la investigación de la retina, que aparece edematosa, turbia, de modo que solo pueden distinguirse las venas por su curso tortuoso, sobre todo en el polo posterior; la papila pierde naturalmente la limpieza de su contorno.

Graefe ha descrito una *retinitis sifilítica, central, recidivante*. Se localiza en la *macula lutea*, donde se comprueba, con intermitencias, un enturbiamiento unido á síntomas flogísticos muy vivos y ambliopía. Esta se desarrolla muy pronto, dura algunos días, puede reproducirse 10, 30 y más veces, con accesos separados por semanas y aun meses enteros, y nunca se resuelve por completo.

La *retinitis pigmentosa* se presenta algunas veces como signo de sífilis hereditaria. El depósito de pigmento, fenómeno de secundaria importancia, comienza en la periferia y gradualmente se extiende hacia el centro.

Una retinitis es sifilítica, con seguridad, cuando ocupa el sitio de la mancha amarilla, cuando va acompañada de coroiditis ó iritis y cuando, á un mismo tiempo ó consecutivamente, ataca ambos ojos.

El pronóstico es tanto más grave, cuanto más central sea la lesión. Por lo demás, un órgano tan delicado como el ojo solo puede volver á su estado normal cuando el tratamiento es pronto, apropiado y enérgico.

Graves encefalopatías específicas siguen muchas veces á las formas genéricas del fondo.

La higiene general y local, las inyecciones hipodérmicas de calomelanos en la región temporal, las unturas metódicas, abundantes, con unguento mercurial, administrando á la vez, según Wecker, clísteres con ioduro potásico... constituyen la base del tratamiento, que debe continuarse durante algunos meses. Los derivados cutáneos, los sudoríficos podrán ser buenos adyuvantes.

Cuando están comprometidos el tumor vítreo ó el fondo del ojo, el enfermo perderá la vista, si el tratamiento no es enérgico. No se olvidará la facilidad de las recidivas y sucesiones morbosas (1).

AFECCIONES DEL SISTEMA LOCOMOTOR

En otro lugar nos hemos ocupado de la posibilidad de lesiones del sistema óseo-muscular antes de que se declaren las manifestaciones del segundo período. Pues bien, en el curso de este, son muy frecuentes los síntomas óseos, articulares, tendinosos y musculares.

Los dolores óseos, llamados *osteócopos* (de *οστέον*, hueso y *κοπτείν*, romper) son actualmente menos intensos que los descritos por los médicos del siglo xvi. Son síntomas de las diversas osteopatías sifilíticas, ostealgia, periostitis y periostosis; se declaran durante la noche, por el calor de la cama.

La *ostealgia* suele ir acompañada de lesiones aparentes. Se manifiesta en las partes superficiales del esqueleto: epicóndilos, epitroclea, apófisis estiloides del radio, cabeza del cúbito, condilos femora-

(1) Este capítulo ha sido revisado por mi ilustre maestro el profesor Gradenigo.

les, tuberosidad de la tibia, maleolos, clavículas, espina del omóplato y esternón.

La *periostitis* que á menudo se inicia al terminar la segunda incubación, se halla caracterizada por pequeñísimas elevaciones, á veces numerosas, poco ó nada dolorosas, aunque siempre lo son á la presión, de desarrollo rápido, en el frontal, los parietales, el esternón, las costillas, etc. Una periostitis frontal anuncia las manifestaciones secundarias por medio de dolores angustiosos. Las costillas enferman sobre todo en la línea axilar, el esternón en el tercio inferior. Las lesiones en el esqueleto torácico pueden hacer que sean dolorosos y breves los movimientos respiratorios.

La periostitis, aun abandonada á sí misma, se resuelve casi siempre en 4 ó 6 semanas.

La *periostosis* se distingue porque es aflegmática y da tumefacciones consistentes como el hueso. Menos común que la periostitis, pueden favorecer su desarrollo las irritaciones y los traumatismos. La frente, la tibia y las costillas son sus sitios más ordinarios. Durante la noche, los focos de periostosis se hacen dolorosos por la presión. Permanecen inalterables sino se las corrige con un tratamiento oportuno, que suele disiparlas muy pronto. La presión que estas prominencias suelen ejercer sobre el sistema nervioso ó vascular, etc., puede ser causa de diversos trastornos, á veces muy graves.

Fournier ha observado á veces *pericondritis* costales; según dicho autor son, cuanto á sus síntomas, análogas á las periostitis de los mismos puntos.

En las articulaciones se percibe á menudo un dolor que clínicamente parece esencial (*artralgia*) más frecuente que las fluxiones subagudas, con ó sin derrame en la cavidad sinovial (*artritis subaguda, hidrartrosis*).

La artralgia es más común en las articulaciones escápulo-humerales, en las rodillas, en los maleolos, en las articulaciones del carpo y en las tibio-tarsianas. La exacerban los movimientos y la presión; casi siempre aumenta con el reposo y con los primeros movimientos para ceder pronto por completo. Al comenzar el movimiento, se percibe una sensación como si la parte estuviera ligada y después se desata poco á poco.

La *artritis*, ó mejor la *poliartritis subaguda*, es rarísima. Precedida por 6 ú 8 días de dolor, poca ó ninguna fiebre, ligero dolor que

aparece ó aumenta por la noche, con escasa rubicundez de la piel, no suele provocar grandes derrames y nunca determina manifestaciones cardíacas.

La *hidrartrosis* acompaña á los fenómenos secundarios y también á los terciarios; aparece casi sólo en la rodilla; el derrame puede ser abundante, sin que ninguna otra molestia llame la atención del enfermo. Con todo, cuando cesa, deja predispuesto el terreno á mayores fenómenos terciarios.

En las vainas tendinosas del dorso de las manos se ha observado la hidropesía simple y la verdadera inflamación intensa: *tenositis*, *sinovitis tendinosa*. Lo mismo que tales sinoviales, han llegado á hincharse, por efecto de la sífilis, algunas bolsas serosas.

En los *músculos* la sífilis puede causar *miosalgias*, *contracturas*, *debilidad*, *adelgazamiento y temblores*.

La *miosalgia* ataca un grupo ó sólo un músculo, uno y otro en su totalidad ó sólo en parte.

Los muslos, las rodillas, los hombros, los flexores del antebrazo, la sección vertical del trapecio, las masas lumbares, pueden, por el dolor vivo que sufren, limitar é impedir algunos movimientos y perturbarlos, lo mismo que el reumatismo muscular común.

La *contractura* sobreviene en los flexores del antebrazo y de la pierna, etc.; la extensión se limita á un ángulo cada vez más agudo, en términos que el antebrazo ó la rodilla permanecen casi inmovilizados, en cierto grado de flexión, por anquilosis muscular. El miembro puede ser enderezado por una fuerza extrínseca, pero en pocos minutos recobra la posición que antes tenía. En un mismo sujeto vimos nosotros, hace tiempo, un brazo y una pierna en la mayor flexión; la contractura persistió unos veinte días y desapareció completamente por el uso del protoioduro de mercurio.

La *debilidad* es notable, en primer lugar, en los miembros superiores. En una mujer sífilítica, por lactancia, la fuerza muscular del brazo derecho disminuyó la mitad, sin que ofreciera la menor alteración en las demás partes; en 45 días el brazo recobró la fuerza que antes tenía, bajo la influencia del protoioduro.

La *hipotrofia* muscular no parece que justifica siempre esa hipostenia.

El *temblor* muscular solo se ve en casos de nutrición circunscrita muscular, ó bien general. Reside principalmente en los miembros superiores; puede ser exclusivo ó mucho más evidente en su lado. Desde la trepidación muscular llega á veces á las oscilaciones comparables á las del alcoholismo. Irregular, intermitente, puede ser muy molesto, sobre todo en ciertos oficios y profesiones.

Algunos de los síntomas que acabamos de exponer, combinados entre sí de diverso modo, han podido simular un verdadero reumatismo; la incertidumbre, el error no son posibles durante mucho tiempo.

EPIDIDIMITIS É ICTERICIA

DURANTE LA SIFILIS SECUNDARIA.

La *epididimitis* sifilítica, no gomosa, es bastante rara. Predisponen á ella ciertas enfermedades preexistentes, y suele aparecer al tercer mes, próximamente, de la infección. Comienza por la cabeza del epidídimo, donde se forma un nódulo, del grosor de un guisante, una avellana ó una nuez pequeña, compacto, fibroso, circunscrito, en medio de un tejido completamente sano. Por lo general, es indolente; el conducto deferente, la vaginal, etc., están sanos, y el curso del esperma no se modifica.

La lesión puede exacerbarse cuando aparecen otras lesiones específicas, y también pasar de uno á otro epidídimo. Por lo general, es resolutive; si dura mucho, puede disponer el órgano á una manifestación terciaria.

Para evitar errores en el diagnóstico, hay que tener en cuenta que la epididimitis blenorragica parte del conducto; se inicia y persiste en la cola; se manifiesta á menudo como forma aguda, difusa, con frecuencia recidivante. La epididimitis tuberculosa, en cambio, invade á los jóvenes escrofulosos, á veces en ambos lados; es más lenta que la forma sifilítica, ofrece prominencias nudosas, adherencias del epidídimo al escroto, supuraciones, senos y fistulas muy rebeldes, á la vez que aparecen iguales alteraciones en el conducto deferente, el didimo, las vesículas espermáticas y la próstata: comun-

mente, la tuberculosis reconoce por causa la herencia, y no son las lesiones genitales las únicas que sufre el sujeto.

La epididimitis sifilítica revela un estado infectivo grave y exige un tratamiento general.

El *hígado* sufre á veces hiperemia y dar lugar á verdadera *ictericia*, que puede ir acompañada de trastornos gástricos y de fiebre. Hay sensación de peso y de opresión en la región hepática, casi nunca dolor. La presión permite apreciar un ligero engrosamiento del órgano. El color de la piel se debe probablemente á la difusión del catarro desde el duodeno al colédoco; dura 15 ó 30 días, precede á los sifilodermas resolutivos ó los acompaña, enmascarándolos, sin dar ni recibir su influencia mútua.

A veces coincide con este período la *atrofia parenquimatosa aguda del hígado*, que la sífilis determina como perturbación de la nutrición general: nosotros hemos visto y descrito un caso de esta índole (1).

Como indicio de los trastornos que la nutrición general puede sufrir, se presenta en esta época la *hemoglobinuria*, que el Dr. Murre considera subordinada muchas veces á la sífilis.

ORQUITIS SIFILÍTICA.

[El Dr. Castelo (padre) en un trabajo muy reciente (2) describe la orquitis sifilítica de la siguiente manera: «constituye la *orquitis sifilítica*, una vez completado su desarrollo ó evolución, un tumor *glandular, sólido, crónico, irreducible, benigno* unas veces (por su curabilidad) *maligno* otras (por su rebeldía y los trastornos funcionales y alteraciones anatómicas que en el órgano en que tiene asiento puede y suele producir), *indolente* y *constitucional ó diatésico*.

Tiene de *general* lo de inflamación (orquitis común), y de *especial* y muy importante bajo varios aspectos lo de *sifilítica*. Es carácter suyo, primordial la cronicidad y el ser patrimonio exclusivo de los individuos sifilíticos; considerándose, con pleno fundamento, como una de las manifestaciones de la infección sifilítica. Han reci-

(1) *Giornal ital. de malat. cut. é ven.* 1881.

(2) *Revista clínica de los Hospitales*, número del mes de Marzo 1889.

bido también los nombres de *albuginitis* ó *sarcocele sifilítico*. Se presenta en el período *secundario* de la enfermedad general y en el *terciario*; cuando aparece en este último es naturalmente más grave.

Su época de aparición en el período secundario suele ser el primer año de la infección sifilítica, y son coetáneas en ella otras afecciones de la misma índole, con residencia, ya en la piel, ya en las mucosas (lo más común), ya en otros órganos; en el ojo, por ejemplo, bajo la forma de iritis; en la piel en forma de sifilides pustulosas, escamosas y pústulo-ulcerosas; en la mucosa bucal ó buco-faríngea, bajo la de placas, úlceras, etc. Fórmanla también coro ó acompañamiento, si así puede decirse, las artralgias y artropatías, las periostitis, la cefálea, la alopecia, la disfonía, etc. Esto, que puede parecer á algunos insignificante ó baladí, es de importancia suma para fijar el diagnóstico y evitar errores, y hasta perjuicios en el tratamiento.

La enfermedad comienza por una tumefacción lenta, sorda é insidiosa (tanto que el enfermo se apercibe á veces de ella cuando lleva bastante tiempo de existencia), que radica en el testículo primitivamente, no afectando sino en pocos y excepcionales casos al epidídimo. Es muy poco ó nada dolorosa, no sólo espontáneamente, sino aun á la presión con la mano: condición de mucha importancia, y que fué considerada por Dupuytren como *característica de la afección sifilítica del testículo*. Cuando el órgano ha adquirido gran volumen suelen observarse irradiaciones dolorosas en el cordón espermático y en la región lumbar; á veces el teste se muestra menos sensible á la presión que en el estado normal. La tumefacción es unas veces igual, uniforme; otras desigual, nudosa y con elevaciones parciales más ó menos limitados ó difusos, claros, insistentes y como cartilaginosos y ligeramente separados por depresiones muy poco graduadas. El tumor afecta la forma piriforme; á veces es perfectamente ovoídeo: en el primer caso, el vértice corresponde á la parte superior y la boca á la inferior. Su terminación por supuración ó producción de fungos es rara, pero esto último sucede á veces.

La localización se limita, generalmente, á un sólo testículo, pero puede observarse en ambos, ya á la par, ya (y es lo más común) sucesivamente. No existe fiebre sino excepcionalmente y en algunos individuos, no en todos, en los casos de iniciarse un movimiento supuratorio.

El escroto es completamente pasivo, y permanece indemne; tan sólo cuando el tumor adquiere mucho volumen, se presenta aquel difundido y de superficie lisa y rubicunda cuando alcanza el trabajo

inflamatorio (nunca muy vivo en tales casos) que precede y acompaña á la supuración; cuando éste se abre paso al exterior espontáneamente ó el arte se le facilita, suele ser campo de orificios fistulosos más ó menos amplios y contraer adherencias con la glándula, adherencias que se sostienen perpetuamente.

La *orquitis sifilitica*, propia del período terciario, se presenta más tardiamente, ó sea en un período más avanzado de la enfermedad general, es decir, á los tres, cuatro, cinco años del comienzo de ésta, La acompaña, á semejanza de lo que acontece en el período secundario, tubérculos subcutáneos, ulceraciones rebeldes (cutáneos ó faríngeos), fagedénicos, nodos y gomas en diversas partes, y en fin, todo el cortejo morboso propio del período terciario. Por más que digan algunos, no es imposible observarla completamente aislada ó solitaria, al menos en la apariencia.

Es más indolente que la anterior. Según Curling (autor muy respetable), algunas veces supura. Ricord (no menos digno de respeto), profesaba opinión contraria: yo, en lo poco que valgo—dice el doctor Castelo—me inclino más al parecer de este último, si bien no de un modo tan absoluto.

Lo común es que los testículos se afecten, ya á la par, ya uno después de otro, como suele suceder con las epididimitis agudas blenorragicas. La recidiva es frecuente si el tratamiento no es racional vigorosamente científico y perseverante. El teste sufre á veces una transformación fibrosa ó se atrofia; en cualquiera de estos casos, la impotencia (agenesia) es la consecuencia natural ó inmediata.

El aspecto general de tales enfermos, habla con mucha elocuencia al observador, pues aquellos se presentan pálidos, débiles física, moral y hasta intelectualmente, extenuados y anémicos, á causa de lo largo de sus padecimientos y de la profunda alteración producida por el virus maléfico en la crisis de la sangre, y son afortunados por que los estragos serán tanto menores y el tratamiento tanto más eficaces, cuanto más fuerzas y energías vitales conserve el individuo al iniciarse este padecimiento glandular.—H. B.]

Período terciario.

GENERALIDADES

El *período terciario* presupone la preexistencia del accidente inicial, que falta sólo en las formas hereditarias, y también de los síntomas del período secundario, que pueden ser casi insignificantes y pasar desapercibidos. La sífilis secundaria suele invadir puntos muy diversos del organismo; más como sus lesiones son en su mayor parte inflamatorias, resolutivas, solo se perciben en muchas veces cuando atacan la piel y las mucosas accesibles. La sífilis terciaria participa de la misma ubicuidad, pero se afirma en los tegumentos y en otras partes con infiltraciones granulomatosas, con neoplasmas indolentes *per se*, aunque capaces de durar mucho tiempo y provocar graves trastornos.

En su curso natural, la sífilis terciaria ataca proximamente á la sexta parte de los individuos infectos, sobre todo los escrofulosos, los enfermizos, los viejos, los que hacen escesos de todo género, etc. En realidad, no puede decirse que las formas secundarias más graves sean las que con mayor frecuencia conducen al terciarismo, ni tampoco que el tratamiento general, desde el principio de la enfermedad, preserve mejor que el espectador. Las lesiones terciarias son relativamente más comunes en la mujer, quizás porque no emplean el tratamiento general, ó no lo usan como se debe, con la misma frecuencia que los hombres. No faltan formas secundarias que predisponen el terreno para el desarrollo de las manifestaciones terciarias.

Estas se llaman *precoces* si aparecen antes del cuarto año de la infección; *medias* hasta el octavo; *tardías* si se declaran después, es decir á los 10, 20 y aun 50 años del contagio. Pueden ser *únicas* ó *múltiples*, y también *diseminadas*, *confluentes* ó *conglomeradas*. Consideradas en su estructura, en su aspecto, en su ninguna transmisibilidad por contagio ó por herencia; en la aptitud para permanecer latentes ó á manifestarse durante una larga serie de años consecutivos, nos veríamos tentados á ver en ellos los caracteres de una enfermedad distinta de la sífilis secundaria, ó bien las postrimerías de esta, si no tuviéramos en cuenta la historia evolutiva, el criterio terapéutico y la mezcla—bastante frecuente por cierto—de las manifestaciones de ambos períodos.

Todas las formas terciarias tienen cierta analogía; todas tienen un común punto de partida por *hiperplasia celular*, en *foco ó difusa*, en el tejido conectivo general y en la envoltura conjuntival de los diversos tejidos (piel, músculos, vasos, huesos, nervios, etc).

Dichos elementos celulares, ora son susceptibles de organización y constituyen una verdadera trama orgánica que poco á poco se condensa, y de celular se convierte en celulo-fibroide y aun en fibrosa, de modo que se encoje como el tejido cicatricial y comprime y conduce á la atrofia, la degeneración y la reabsorción los elementos cutáneos, musculares, óseos, etc., reemplazándolos con un tejido conectivo nuevo, compacto, permanente, con una *esclerosis*...; ora los mismos elementos celulares son incapaces de vivir y se desorganizan, se destruyen, sufriendo, al menos en parte una substitución mucosa, granulo-grasosa, y constituyendo así el *goma*.

Esclerosis y goma: esas son las lesiones anatómicas propias de la sífilis terciaria, la cual ofrece también á veces notables infiltraciones, susceptibles de organización, perjudiciales en alto grado para los elementos específicos, que en poco tiempo deterioran y destruyen. La anemia, las neuralgias, los secuestros óseos, etc., las degeneraciones viscerales, la caquexia, son sus consecuencias más frecuentes.

Así se comprende que la sífilis que ha llegado al tercer período simula casi todas las enfermedades comunes.

El más ligero indicio de este período debe advertirnos la posibilidad de grandes complicaciones. La reintegración de la parte enferma solo puede conseguirse cuando no se halla profundamente comprometida la nutrición de sus elementos específicos. En ninguna enfermedad, en ningún período de la sífilis como en el gomoso, son tan rápidos y notables los resultados de un tratamiento general oportuno y bien dirigido.

LESIONES TERCIARIAS DE LA PIEL

Se hallan representadas por infiltrados del grosor de un guisante, una avellana ó más, consistentes, elásticos, á veces redondos, que tienen por punto de partida el dermis ó el hipodermis.

Los superficiales, agrandándose, pueden invadir el tejido conectivo subcutáneo y viceversa, y no son más que *gomas dérmicas ó tubérculos*; los segundos son los *gomas del hipodermis*.

Análogas á las primeras, y en ciertas fases difíciles de distinguir,

son en esta época algunas formas pustulares acompañadas de infiltración profunda y gran tendencia á la ulceración: *formas pustulares tardías*.

SIFILODEMA PUSTULOSO (RUPIA)

La variedad profunda ulcerativa—distinta de la pustular del período secundario y de la propia de la fase de transición, ambas resolutivas, si no existe por una malignidad especial de la afección—representa por sí sola y por sus concomitancias é indicaciones terapéuticas, el terciarismo. Adviértase, sin embargo, que además de la variedad ulcerativa, puede existir, sola ó con esta última, una variedad profunda, lentamente resolutive.

El *sifiloderma pustuloso resolutivo* aparece 4 ó 5 años después de la infección, con más frecuencia en los que nunca han hecho uso de un tratamiento general, casi siempre en los miembros y en la cara, bajo la forma de pústulas, á menudo flácidas, agrupadas, que descansan sobre un infiltrado profundo y una superficie rojo-venosa. Se convierten después en costras provistas de una areola rojo-obscura, las cuales son pardo-negruczas, muy adherentes y que sólo se desprenden cuando se ha restaurado el epidermis. Sigue cierta descamación, coloración pigmentaria, que luego se acumula al rededor de las manchas: éstas se deprimen en el centro, se hacen más claras que la piel sana y se atrofian. La pigmentación marginal dura meses y aun años enteros.

El *sifiloderma pústulo-ulceroso* reside principalmente en la cara, en el cuero cabelludo y en las piernas. Consta de eflorescencias en número de 3 ó 4 á 30 ó 40, diseminadas ó confluentes, tensas ó flácidas, según los casos, á menudo mezcladas entre sí formando grandes ampollas (como en la rupia) llenas de serosidad sanguinolenta y á veces contorneadas por pústulas. El contenido del elemento, cualquiera que sea, se convierte en una costra; la piel se infiltra por debajo, se hiende, ulcera y supura en una extensión progresivamente mayor. Resultan por fin costras secas, verdes, pardas ó negruzcas, cónicas, que descansan sobre una úlcera penetrante, contorneada por un anillo pustular ó por una zona inflamatoria rojo-azulada.

La costra mide la extensión y forma de la úlcera, y el grado de

supuración; comprimiendo encima de ella, sale pus por los lados. La úlcera, ganando terreno en superficie y profundidad, puede interesar todo el espesor de la piel: es circular, con bordes cortados á pico, fondo desigual, pultáceo, gris-amarillento ó negruzco; da abundante secreción de serosidad y pus, detritus y sangre. Las cicatrices pueden formarse aun por debajo de las costras. Son redondas, planas y más deprimidas en el centro, claras en el medio, pigmentadas de diverso modo en la periferia.

El edema, el flemón, la erisipela, la hemorragia, la gangrena, el fagedenismo, pueden hacer más grave la erupción y las manifestaciones siguientes: las recídivas suelen llegar á producir la caquexia del individuo.

Algunas veces este sifiloderma indica un curso precipitado de la sífilis; se asocian á él las osteopatías y visceropatías, resultando una enfermedad funesta y á veces una sífilis galopante.

No se confundirá con las úlceras escrofulosas, que son irregulares, con bordes delgados, desiguales, como desprendidos, fondo pálido y anfractuoso y que dan cicatrices elevadas é hipertróficas; ni con el ectima caquético, que invade las edades extremas, los individuos enfermizos; aparece casi únicamente en las piernas y está representado por úlceras de diversa forma, con bordes delgados, areola violácea y es una erupción más inflamatoria, molesta. El sitio y número de los focos, la edad y profesión del individuo, etc., la existencia de flebectasias, nos indicarán si se trata de lesiones por varices.

En todas las formas pústulo-crustáceas, y más en las pústulo-ulcerosas, se mantendrán limpias las partes con agua fenicada; con el iodoformo ó el nitrato de plata se modificarán las úlceras que se transformarán fácilmente, haciendo la oclusión con tiras untadas con emplasto mercurial. El tratamiento interno debe ser ordinariamente el iodo mercurial; en tales formas hemos obtenido un resultado eficaz con el uso del cocimiento de Zittmann.

SIFILODERMA TUBERCULAR

GOMAS DÉRMICOS Ó INTRADÉRMICOS.—SIFILODERMA NODULAR

Es importante por su frecuencia, por la variedad de su curso, profundidad de las lesiones, tendencia al fagedenismo y á desarrollarse en cualquier punto de la piel.

Los tubérculos, como las pápulas, constan de acúmulos subinflamatorios de células linfoideas en un punto circunscrito de la piel. La pápula ataca tan sólo la parte más superficial del dermis y suele disiparse sin dejar indicios; en cambio, el tubérculo representa un foco que va corroyendo, que ocupa todo el espesor del dermis cutáneo, es un pequeño goma intradérmico, que, ora se resuelva, ora se ulcere, perturba de un modo visible y permanente la nutrición local.

El *sifiloderma tubérculo-resolutivo* se declara en el período de transición, algunas veces mezclado con pápulas (en términos que no puede establecerse una línea de separación); ó viene en el período terciario y entonces suele ser sólo y contar menos elementos.

Sin reacción local y general, fórmanse densas masas nodulares, cuyo tamaño varía de un grano de mijo á una avellana, prominentes ó deprimidos, rojos ó violáceos, de curso completamente crónico, con superficie tensa y lisa en las primeras fases, muy consistentes cuando son jóvenes, blandos al cabo de algunas semanas ó meses, en virtud de la substancia gránulo-adiposa que ocupa el lugar del infiltrado linfoideo. Al disiparse, dejan una depresión atrófica pigmentada, que el tiempo hace se vuelva blanca por completo. Se ven desde 5 ó 10 á algunos centenares; ora están *esparcidos*, ora *reunidos*, en círculo, en racimo, en estrella, con contorno arqueado, reniforme, en forma de guarismo, etc. Cuando son vecinos, se rodean de una infiltración neoplásica difusa, que las abarca todas, deforma la parte, y, si la erupción está por ejemplo en la cara, le da ese aspecto túrgido, tuberoso, rojo, monstruoso, que se conoce en el nombre de *sifilide hipertrófica facial* ó *leontiasis*, y que á menudo deforma la cara, toda la barba, un ala de la nariz, etc. En la palma de las manos y planta de los piés, puede también constituir una variedad de la psoriasis palmar y plantar.

Los tubérculos de que nos ocupamos prefieren la cara (más que todo cerca de los orificios y en la frente), el cuello, la región escapular, el resto del dorso, la región deltoidea y la glutea. En virtud de las recidivas y aun de erupciones subintrantes, puede el sifiloderma durar cinco, diez y aun más años.

El *sifiloderma tuberculoso ulceroso* va precedido muchas veces de síntomas secundarios graves, y se presenta sobre todo en los enfermos que no han hecho uso de un tratamiento mercurial. Por término medio aparece, á los cuatro años próximamente de la infección, en la cara y piernas casi en absoluto. Los tubérculos ó nódulos, con-

finados ó lejanos, á veces con una infiltración que los sostiene en grupos, se reblandecen, se funden, se abren; sale un líquido amarillo purulento y un copo de tejido necrosado. La destrucción puede progresar. Una infiltración, en el seno de sucesivas zonas concéntricas, puede establecerse en torno del sitio del tubérculo. También esta erupción puede ulcerar ó destruir el tejido que le sostiene, sin que reaccione lo más mínimo. De tal modo, la infiltración progresiva puede ir en aumento y determinar la destrucción del hipodermis, de los músculos, de los cartílagos, del periósteo y hasta de los huesos. La úlcera circular ó policíclica, con bordes rojos, gruesos, cortados á pico, fondo desigual, segrega un pus seroso, está cubierta por una costra rupioide y puede sufrir las modificaciones más diversas.

La suciedad, los excesos, el alcoholismo, la poca resistencia del sujeto, pueden provocar en torno de esa úlcera la inflamación, la erisipela, la gangrena, el fagedenismo terebrante ó el serpiginoso. El terebrante invade en su marcha las partes profundas, sin que ninguna pueda absolutamente resistir; la nariz, un carrillo entero, uno ó más dedos de un pie, pueden quedar destruidos en pocas semanas. Hay enfermos en los cuales esa destrucción en nada perturba la cenesestésis; otras veces va acompañada de atroces dolores. El fagedenismo serpiginoso destruye en superficie, cicatriza por un lado y camina hacia otro, hasta que se detiene, ora al cabo de pocos días, ora pasados algunos meses.

Por el solo examen de una erupción tubercular en estado de crudeza, no podemos generalmente prever si será resolutive ó ulcerosa.

Las úlceras propias del sifiloderma pustuloso tienen bordes menos gruesos, menos elevados y menos duros; costras más cónicas, más gruesas: por lo demás, la diferenciación de las dos formas de úlcera no siempre es fácil por lo que concierne á su procedencia, y clínicamente no conduce á nada.

La semejanza entre el sifiloderma tuberculoso y el lupus vulgar es tan evidente, que muchas veces se ha hablado de lupus hipertrófico, exulcerativo, serpiginoso, etc., de índole sifilítica, ó simplemente de *lupus sifilítico*. Por lo general, los nódulos de la sífilis son más voluminosos y consistentes que los del lupus; no ofrecen el color amarillento ni la perfecta insensibilidad de éstos. La úlcera luposa tiene bordes blandos, lisos, que pasan gradualmente al fondo: éste es blando, rojo, granuloso, liso, sangra con facilidad, poco ó nada doloroso. Las úlceras del sifiloma son dolorosas, tienen bordes duros, infiltrados, cortados á pico, á veces invertidos hacia las partes

sanas; el fondo es irregular, cubierto de pus y de detritus, lardáceo; las costras que cubren las úlceras son gruesas, negruzcas, mientras que las del lupus son delgadas y amarillentas.

Cada nódulo de lupus, lo mismo que el proceso entero, son más lentos que la sífilis. En ésta, tan pronto como se establece la ulceración, el proceso destruye en algunas semanas, mientras que el lupus necesita meses y aun años. Además de esto, en el lupus es raro que en torno de las úlceras no subsistan ó surjan, en algunas semanas, nuevos nódulos que aclaran la cuestión. El lupus sobreviene en sujetos escrofulosos, suele comenzar en la primera edad, etc.

En los genitales es más difuso y profundo, y no tiene, como la sífilis, tendencia á las formas redondeadas; sus pretendidas curaciones con el protoioduro de mercurio y con el ioduro de potasio, aunque revelan un error diagnóstico, indican la conducta que debe seguirse en los casos dudosos.

La lepra no se observa en los países que son refractarios á ella, á menos que la persona que la padece la haya traído de de otra localidad en que el mal es endémico. Hay en ella tubérculos que semejan á los de la sífilis, pero acompañados de manchas blancas anestésicas, de manchas pigmentarias pardas, de sensaciones anómalas, etc.: ilustrarán también la cuestión el examen de los bacilos y el criterio terapéutico (1).

Los conmemorativos, los restos de lesiones anteriores, el estado de los vasos, sugerirán la posibilidad de una afección varicosa, que es más frecuente en la pierna izquierda y en las mujeres.

Más de una vez, según Bazin, se han operado en la cara pretendidos cancroideos, que hubieran podido modificarse y curar con el mercurio.

El sarcoma cutáneo es raro en la cara; sus numerosos focos, esparcidos, de color pardo-rojizo ó azulado, aplanados, tienen poca ó ninguna tendencia ulcerativa.

El sifiloderma tubercular, como lesión diatésica, tiene una significación grave: las complicaciones, la tendencia á reproducirse la empeoran todavía más. Con todo, en no pocos casos aparece tarde, permanece circunscrito, cura con facilidad y no vuelve á manifestarse.

Lo que hemos dicho de la forma pústulo-ulcerosa es aplicable al tratamiento del sifiloderma tubercular.

(1) Liebermeister, *Lecciones de patología interna (Enfermedades infecciosas)*, 1887.—H. Fol. *Los microbios*, 1885.

SIFILODERMAS MALIGNOS PRECOCES

Se denomina *sífilis maligna* la que, después de una breve incubación, produce lesiones más ó menos graves en regiones y en un periodo en que no se encuentra ordinariamente; aquella en la cual coexisten accidentes secundarios y terciarios, más ó menos rebeldes á los específicos, y que hasta puede ir acompañada de peligro de vida inminente.

Así, los *sifilodermas malignos precoces* se distinguen por la aparición, antes de tiempo, de una erupción casi siempre extensa y polimorfa, rápidamente ulcerativa y destructiva, que abate las fuerzas y la nutrición general, que se modifica poco ó nada por la acción de los mercuriales, y que va seguida muchas veces de caquexia y de muerte.

Las malas condiciones higiénicas, la miseria, la vejez, los excesos de diverso género, el alcoholismo, y la malaria, unas veces solos, en otros casos unidos, no puede decirse que basten para explicar tal precocidad y malignidad á un tiempo. Con frecuencia encontramos casos en que dichos factores son en todo ó en parte extraños al individuo: entonces busca nuestro pensamiento otra explicación, que acaso esté reservada á la bacteriología del porvenir. Quizás entonces se trate de individuos que, por condiciones todavía desconocidas, constituyan un terreno favorable al desarrollo del microorganismo específico de la sífilis (cualquiera que éste sea), y que sostienen una infección que vá rápidamente, acaso por razones de exagerada actividad funcional, hacia los vasos sanguíneos de la piel.

Las formas precoces malignas respetan casi siempre las mucosas. Pueden producir dolores, adenopatías y trastornos, á veces considerables, del sistema nervioso. Las osteitis, las oftalmopatías, las lesiones viscerales, el enflaquecimiento, la fiebre, constituyen el cortejo habitual de tales formas.

Se componen de erupciones diversas, si bien ocupan el primer lugar las pústulas, las flictenas y los tubérculos. Tales elementos se mezclan, se difunden: manifiestanse más á menudo en la cara, en el cuero cabelludo y en los miembros inferiores. Se ulceran con gran rapidez para dar una secreción puro-sanguinolenta, abundante, que se deseca en grandes costras. Además, en la variedad *puro- y tubérculo-ulcerosa*, aparece en tales casos la *tubérculo-gangrenosa* (Bazin)

en la cual la misma masa del tubérculo se mortifica y desprende en forma de escara. En la superficie de la úlcera que queda, varios puntos hemorrágicos muy visibles enseñan que existen alteraciones vasculares, las cuales probablemente bastaron por sí solas para justificar la muerte del tubérculo.

Rara vez se observa el fagedenismo en tales manifestaciones, que pueden durar meses enteros. La inanición, la fiebre héctica, las neuropatías, la pneumonía, los catarros gastro-intestinales, la caquexia, terminan muchas veces el curso de la enfermedad y la vida del paciente.

El diagnóstico es muy fácil. A menudo, cuando aparece la dermatosis, existe todavía el sífiloma, dotado quizás de cierta malignidad. Hay formas precoces malignas que interesan solo la piel. Allí ejercen sus estragos y, combatidas, se disipan para no volver. La cantidad, sitio, gravedad, recidividad é índole refractaria de las lesiones frente á los medios curativos, diversos en los diferentes casos, obligan á medir en cada individuo, el grado de gravedad de la afección

El tratamiento higiénico y el analéptico tienen grandísima importancia, como también el lavar todos los días con agua fenicada ó con una disolución de ácido bórico, las costras y la secreción de las úlceras, que se pueden cubrir con iodofomo ó tela untada con emplastro mercurial.

Todos los sífilógrafos están de acuerdo en recomendar el uso interno del ioduro potásico considerado como el verdadero específico de la malignidad; unido al bi-ioduro de mercurio, da también buenos resultados. En las formas precoces malignas, limitadas á la piel, hemos obtenido resultados prontos y completos con el cocimiento de Zittmann.

SIFILODERMA GOMOSO

GOMAS DEL TEJIDO CONECTIVO SUBCUTÁNEO

La palabra *goma*, empleada al principio por el pueblo para designar ciertas erupciones sífilíticas, fué introducida en el vocabulario médico por Fracastor (1530) y por N. Massa (1532); desechada en la primera mitad de este siglo, volvió á entrar en uso muy pronto.

Los gomas representan el período terciario, como las pápulas húmedas, el secundario; y así como éste se designa con el epíteto de

inflamatorio, el período terciario se conoce con el de *gomoso* ó *neoplástica*.

Dejando á un lado los casos de sífilis hereditaria y galopante, es muy raro observar el goma en los dos primeros años de la enfermedad: algunas veces figura como primer síntoma de la sífilis hereditaria. Lo mismo que el parénquima del hígado, de los huesos, de los testículos, de los riñones, etc., es decir, el tejido conectivo de cualquier territorio orgánico, puede interesar el tejido conectivo subcutáneo y submucoso, ofreciendo una predilección particular por este último. Más que la hiperplasia celular difusa (*infiltración gomosa difusa*) se observa la hiperplasia en foco (*goma*).

Fórmase un tumor nudoso, sin membrana de cubierta, limitado en la periferia por tejido celular condensado, y que pasa del estado sólido al reblandecimiento y á la ulceración, cuando un plan enérgico y oportuno no lo hace reabsorber. La emigración celular comienza en el seno de las tónicas vasculares; fórmanse focos que dificultan y hasta impiden la llegada del material nutricio á su parte central, la cual degenera al mismo tiempo que en la periferia el tejido se organiza y se condensa para retraerse después. Pero, antes de llegar á este punto, varios focos vecinos se tocan y funden en un foco mayor.

De este modo, en el tejido conjuntivo subcutáneo, sin ningún prodromo, se forma un tumorcillo duro, bien circunscrito, no adherido al dermis ni al tejido subyacente, tumorcito que, desde el tamaño de un grano de mijo, puede alcanzar las dimensiones de una ciruela ó de una nuez; tanto más aflegmático é indolente, cuanto más tardío; globuloso, ovoideo, deprimido y aplanado, cuando la piel lo empuja contra partes que no ceden; de consistencia elástica ó cartilaginosa, y que dura varias semanas y aún meses enteros en esta primera fase: *fase de formación* ó *de crudeza*.

Sobreviene después un reblandecimiento central y centrifugo del tumor que, por la índole de sus componentes y por el estrechamiento y obliteración de las arterias, decae en su nutrición y degenera. Al tejido compacto sucede una materia blanda, mucosa ó grasosa. Antes de que todo el foco se haya transformado así, sobreviene poco á poco en el tejido celular ambiente un proceso subinflamatorio, que se irradia en todos sentidos, y principalmente hácia el dermis. El tumor se hace entonces adherente al tejido en que descansa, lo mismo que á la piel que lo cubre y que forma cuerpo con el tumor. Esta piel se torna caliente, violacea, se adelgaza, no quedando, por fin, más que la película epidérmica, que si no se interviene á tiempo,

llega á ofrecer en varios puntos agujeros, grietas, que rápidamente aumentan de diámetro.

De este modo, el goma del *período de reblandecimiento* ha llegado al *período de ulceración*.

Por los orificios sale un líquido menos completamente disuelto de lo que hacía esperar la supuración, semejante á un pus mal trabado, á menudo sanioso, conteniendo detritus orgánicos, grumos de esfacelo, grasa, hematias y leucocitos: es raro que sea trasparente, viscoso, de aspecto ambarino y semejante á una disolución de goma. De cualquier modo, el producto de substitución del foco se convierte pronto en purulento; sigue después el desprendimiento y expulsión de la masa sólida, comparada por su aspecto á la carne de membrillo ó al parénquima del testículo en estado fungoso y que, como cuerpo necrótico, llena la cavidad.

La úlcera que sigue á la caverna gomosa, es una úlcera profunda, con bordes gruesos, duros, infiltrados, á veces prominentes, cortados á pico; en otros casos, semejando á escalones dispuestos uno sobre otro. El fondo permanece, durante mucho tiempo, grueso, compacto, desigual, anfractuoso, por debajo puede haber otras gomas que seguirán el mismo proceso. Los últimos restos necróticos y saniosos, son reemplazados por mamelones carnosos, que constan de elementos histológicos idénticos á los de los gomas, y que en manera alguna pueden conducir al *período de reparación*. Por último, limpia la solución de continuidad, se deprimen los bordes, elévase el fondo, el pus va haciéndose de buen carácter, y avanzan con rapidez sorprendente las zonas de cicatriz.

Al lado del *goma circunscrito*, puede desarrollarse en el hipodermis el *goma difuso*, el cual comunmente se organiza y retrae, de modo que destruye el tejido adyacente y lo reduce á la esclerosis.

Tal infiltración difusa se halla caracterizada por una induración uniforme, no edematosa, mal limitada, de las capas subdérmicas, con coloración rojo-violácea de los tegumentos, que se tornan duros y rígidos. No es raro que una región entera sea invadida por este proceso, que generalmente coincide con erupciones pústulo-crustáceas y tuberculares, y que casi siempre invade la cara y miembros superiores, hácia los hombros.

Los gomas son vascularizados en el período de su evolución ascendente; la infiltración de las paredes arteriosas, la proliferación de los endotelios (*arteritis sífilítica*) conduce muy pronto á la coagulación de la fibrina en la luz de los vasos, que se estrechan, se obstruyen, y dan lugar á substituciones. De éstas, la mucosa parece

exclusiva del sífiloderma gomoso cutáneo; la coloides es muy afin, y la gránulo-adiposa precede á la reabsorción; la caseosa confiere al goma una consistencia natural, y es muy frecuente.

Mauriac considera posible el desarrollo *en el hipodermis de neoplasias sífilíticas precoces, resolutivas y aun ulcerosas*. Pudo recoger dicho autor 21 observaciones, en las cuales se presentaron infiltrados gomosos del tejido conjuntivo subcutáneo, de los 2 á 15 meses de la infección.

Hé aquí sus conclusiones:

1.^a En el tejido conjuntivo, lo mismo que en los demás tejidos y órganos de la economía, pueden sobrevenir lesiones casi inmediatamente después del accidente primitivo, y en la época más activa del período virulento.

2.^a Al principio de la sífilis, como durante el período terciario, las producciones morbosas que se desarrollan en el tejido conjuntivo subcutáneo están constituidas por neoplasias, con la configuración de tumor ó de sufusión.

3.^a Teniendo en cuenta el proceso morbozo más habitual, se pueden dividir las producciones gomosas precoces subcutáneas en tres series: la primera se halla constituida por una forma de lesión neoplásica que se designa con el nombre de *eritema nudoso sífilítico*. Está caracterizada por la generalización simultánea, y bajo forma eruptiva, de verdaderas neoplasias en las diferentes partes del cuerpo, pero principalmente en los miembros inferiores y menos á menudo en los superiores. Con frecuencia va precedida y acompañada de fenómenos febriles y perturbaciones reumato-neuralgiformes en las partes destinadas á ser asiento de las neoplasias agudas. En estas neoplasias, que son casi tan dérmicas como hipodérmicas, se ven placas de verdadero eritema nudoso, tumores subcutáneos, sufusiones extensas, de aspecto flemonoso, etc.: pero la resolución es casi constante y la neoplasia permanece siempre sólida.

4.^a En una segunda serie de casos, las placas, las nudosidades, los tumores, las infiltraciones, sobrevienen aisladamente; ninguna sinergia eruptiva precede á su aparición. Tienden naturalmente á la resolución, y su duración suele ser muy corta. A veces se reblandecen y forman colecciones líquidas subcutáneas; pero la piel que las cubre resiste, y la reabsorción se verifica sin supuración y sin ulceración.

5.^a En la tercera serie de casos, las neoplasias de diversas formas (por lo general exclusivamente hipodérmicas), durante el período de su crudeza caminan rápidamente á la supuración y á la ulceración.

Hay una variedad que es benigna, más frecuente, y que puede curar en unos dos meses, ó acaso antes, con el ioduro de potasio; y otra variedad muy rara, maligna, y que no se distingue más que por la precocidad de los gomas, en la fase terciaria; da lugar á pérdidas de substancia amplias y profundas, y se muestra refractaria al ioduro de potasio, que no puede prevenirla ni curarla.

6.^a La época de aparición de las neoplasias hipodérmicas precoces es por término medio:

a) para el eritema nudoso sifilítico, el cuarto mes que sigue al principio del sifiloma;

b) para las neoplasias circunscritas subcutáneas y dérmicas resolutivas, el quinto mes;

c) para las ulceraciones del hipodérmis, el noveno.

Acompañan á dichas lesiones precoces del hipodérmis las diversas lesiones superficiales de la piel y de las mucosas que sobrevienen durante la época más activa del período virulento (1).

En una mujer infectada tres meses antes, y que entró en nuestro Instituto en Junio de 1878, sin que la enferma lo notara, sin que ningún trastorno de la temperatura, ni de la sensibilidad ni del color, llamase nuestra atención, encontramos una tumefacción profunda, extensa, en la piel de la región escapulo-interescapular: aquella piel se podía levantar fácilmente, formando un pliegue; estaba muy infiltrada y de un modo bastante uniforme, eran muy evidentes los orificios foliculares y faltaba toda molestia subjetiva. No sabemos cuando sobrevino aquella manifestación, que coincidía con un sifiloderma papuloso, difuso, reciente, muy rebelde, y disipóse por reabsorción lenta y uniforme, á los 6 ó 7 meses de tratamiento antisifilítico. Este caso es parecido al de Mauriac, y representa un mismo concepto patológico, que concurre á apoyar.

Se han visto gomas del hipodérmis cuyo volumen era el de un huevo de avestruz. En un solo sujeto se contaron hasta 60 (Lisfranc); mas por lo general, su número varia de 1 á 5. Pueden ser discretos y confluentes, simultáneos ó sucesivos. En un viejo, observó Fournier un tumor gomoso en el muslo que tenía 14 centímetros de longitud, 10 de anchura y 6 de profundidad; Mendeville habla de una masa gomosa que cubría la mitad superior de la cara, una parte del cuello y toda la mitad inferior del cráneo.

Los gomas son algunas veces simétricos, pueden padecer inflama-

(1) Mauriac, *Lecons sur les maladies vénériennes*. Paris, 1883.

ción, gangrena, fagedenismo serpiginoso y perforante. Pueden hacerse dolorosos cuando comprimen ramificaciones nerviosas importantes; causar disnea y disfagia si gravitan sobre la traquea, la faringe, etc. Son frecuentes en la cara y en el cráneo, menos en los muslos y nalgas, en los brazos y el tórax; á menudo aparecen en las piernas, donde son bilaterales y ocupan el tercio superior de la parte: las úlceras que provocan son á menudo múltiples, con bordes festoneados ó divididos por puentes de piel completamente sana, con pequeños focos gomosos independientes á su alrededor; capaces de provocar grandes destrozos y destruir hasta la aponeurosis de la pierna, cosa que no suele hacer ninguna otra forma de ulceración (Verneuil y Nepven). Según Verneuil, parece que el fondo de la úlcera gomosa puede llenarse de modo que forma una *elevación úlcerada, terciaria*.

En el tórax se han visto gomas ulceradas fagedénicas, que destruyeron todo el espesor de la pared y se abrieron en el pulmón; otros que perforaron la articulación esterno-clavicular y desnudaron ó necrosaron algunas costillas. En el seno del hombre, lo mismo que en el de la mujer, son lentos, anodinos, compactos, no retraen el pezón ni comprometen los ganglios axilares.

El desarrollo de muchas gomas al mismo tiempo, las supuraciones, dolores, deformaciones y destrucciones de que son capaces, su frecuente coincidencia con otras lesiones terciarias, indican una intoxicación profunda, capaz de producir graves complicaciones, y que debe imponer grandes reservas en el pronóstico.

El diagnóstico anatómico de los gomas sifilíticos es fácil. No pueden confundirse con los fibromas, que se hallan constituidos por un verdadero tejido fibroso y que presentan pequeños centros de proliferación que caen en atrofia y más aún en una degeneración caseosa especial.

Los tubérculos, además del tejido conjuntivo, pueden nacer de los elementos epiteliales (Colberg y Rindfleisch); tienen la misma constitución histológica esencial, el mismo modo de desarrollo, en uno y otro se forma en el centro la necrobiosis caseosa: con todo, esta terminación puede decirse que es constante en el tubérculo, el cual no parece que puede ser reabsorbido como los gomas; los gomas conservan más la permeabilidad vascular y prefieren sitios que no son los predilectos del tubérculo.

Quando hay ocasión de asistir al desarrollo de una infiltración gomosa, ó á la aparición sucesiva de más de una de ellas—sobre todo si concurren otros accidentes específicos, ó si se ven los buenos efec-

tos del mercurio ó los ioduros—el diagnóstico es todavía más fácil. En caso contrario, se recurrirá á los datos anamnésicos, á las particularidades clínicas, y, si es preciso, á la piedra de toque representada por la terapéutica.

El epitelioma, el fibroma, el adenoma, el lipoma, el sífiloma, pueden simular el goma en estado de crudeza, lo mismo que los abscesos escrofulosos y forunculares, los tumores sebáceos, algunos quistes de contenido líquido, el goma reblandecido, las úlceras escrofulosas, varicosas y el goma ulcerado. Si no basta la investigación directa, se tendrán en cuenta los cuadros sintomatológicos de otras enfermedades, para ver á cual se parece más la enfermedad que debemos diagnosticar. Las diversas fases, el largo curso, la indolencia, la falta de adenopatías, constituyen datos que debemos tener presentes al diagnosticar el goma ó las sufusiones gomosas.

Los gomas cerrados no deben tocarse, pues el tratamiento interno basta para provocar su absorción, aun cuando parezca que van á abrirse. Cuando más, si se cree oportuno intervenir, se podrán emplear los protectivos y los resolutivos. El goma abierto indica una destrucción de tejido mayor de lo que se ve en otros sífilomas; exige mayor interés y diligencia en el tratamiento tópico, pero los demás medios son los mismos.

LESIONES TERCIARIAS DEL APARATO DIGESTIVO.

En los *labios* y en los *carrillos* son muy raros los casos de goma.

Las *glándulas salivares* se han visto enfermas varias veces, sobre todo las parótidas. Desarrollase tumefacción gomosa, engrosamiento de los tabiques interacinosos, etc.

La *boveda palatina* puede estar cubierta de gomas ulcerosos, que parten de la mucosa ó proceden del maxilar. Estos gomas, creciendo por la superficie nasal ó por la bucal, pueden perforar la bóveda ósea, en uno ó varios puntos. La necrosis crece á veces notablemente, la perforación puede progresar sin dolores: se repara de un modo pronto y completo, haciendo uso del tratamiento específico.

[A principios de Enero del corriente, ingresó en nuestras salas del Hospital General una mujer de 36 años de edad, que tenía un

goma en la parte media de la bóveda palatina; se ulceró este goma y perforó la bóveda ósea en el centro, quedando un orificio circular del tamaño de una moneda de dos reales: el tratamiento específico y tónico, ligeras cauterizaciones en los bordes de la perforación con el galvano-cauterio, y las pulverizaciones de ácido bórico al 4 por 100, hicieron que en dos meses se cicatrizara ésta y se marchase completamente buena la enferma.—H. B.]

En el *paladar*, los focos terciarios invaden la cara faríngea, la bucal, ó su espesor; en número de 1 á 3, próximos á línea media como los de la bóveda, se desarrollan de un modo insidioso, y rara vez ocasionan irradiaciones neurálgicas.

El velo aparece distendido, enrojecido, elevado en uno ó más puntos. Los orificios se extienden por el campo de la infiltración, y más aún en los casos de fagedenismo. La úvula ofrece á veces adherencias que la más ligera tracción puede romper. La comunicación del espacio faringo-nasal con el faringo-laríngeo se establece en ocasiones de repente, sin que lo perciba el sujeto. Las *fugas* de aire, de flúidos y de alimentos sólidos son importunos siempre, graves en algunas profesiones: la educación de los órganos puede atenuarlas, y el tratamiento suele bastar para ocluir fácilmente dichos agujeros.

En las *amígdalas*, como en el resto de las vías mucosas, se puede distinguir la forma tubercular de la gomosa, pero en general dicha distinción es imposible donde escasea el tejido conectivo submucoso. Virchow, Cornil, Mandle y Passaquay han visto gomas tonsilares.

La *pared posterior de la faringe*, por su tejido conectivo submucoso, puede dar lugar á uno ó más gomas, del grosor de una haba, una nuez y aun más. Las partes musculares, los cuerpos de las vértebras, pueden sufrir infiltrados gomosos, que interesan secundaria-mente la faringe. El género de ulceración que se observa, deja entrever la posibilidad de lesiones más superficiales que los gomas.

Las úlceras faríngeas no suelen pasar de la capa aponeurótico-muscular prevertebral, que facilmente superan las lesiones óseas. Si interviene el fagedenismo, se observan á veces destrucciones mas graves aún que las del cáncer, del noma y del *lupus-vorax*: todos los tejidos sufren los estragos del mal.

Las cicatrices de la pared posterior de la faringe son incoloras como las palatinas, pero suelen tener mayores dimensiones y ofrecer un aspecto radiado más evidente, formando la mucosa numerosas

arrugas. De un modo análogo, las cicatrices del velo palatino pueden estrechar el istmo. Cuando una úlcera de la faringe se continúa en la cara posterior del velo palatino, puede sobrevenir la fusión de ambas superficies. En uno de nuestros enfermos, de 20 años de edad, se verificó esa fusión, y el diafragma era tan completo, que ni los instrumentos ni los flúidos encontraban el menor agujero de paso.

La sífilis faríngea produce algunas veces dolores espontáneos, ó bien, en la deglución, ruidos, disminución del oído, estenosis de de productos, aliento fétido.

Al formular el diagnóstico, hay que tener en cuenta que las lesiones profundas, en foco, del paladar, pertenecen en su mayor parte al proceso sífilítico. El poco ó ningún dolor, y el aspecto, suelen bastar para el diagnóstico, que encuentra gran apoyo en el conmemorativo y en las circunstancias concomitantes.

En el paladar, es excepcional el lupus primitivo; tiene curso más lento, fases menos marcadas.

El cáncer faríngeo es más raro que la sífilis, comienza por un solo foco; es capaz de producir úlceras fungoso-saniosas; ocasiona á menudo vivísimos dolores, y es raro que falten las adenopatías.

Todas las manifestaciones buco-faríngeas que hemos mencionado curan con facilidad, á menos que sobrevengan graves complicaciones ó una gran difusión.

Las lociones, bajo la forma de colutorios, de gargarismos y de duchas nasales, no excesivas y hechas con un líquido emoliente ó antiséptico (ácido bórico, ácido salicílico, cloral), los toques modificadores en el borde de las aberturas anormales; en algunos casos los protectores que intercepten el paso por los agujeros del paladar, sin que ejerzan presión sobre el orificio sano... son buenos medios. Se recurrirá á los obturadores permanentes, ó á las operaciones auto-plásticas, sólo cuando los bordes no permitan esperar un restablecimiento ulterior y pueda considerarse bastante combatida la infección.

El *esófago* se ha visto, unas veinte veces, con úlceras y cicatrices. Las enfermedades de las vértebras, del hígado, etc., pueden influir sobre dicho órgano. Algunas estenosis esofágicas considerables, llegaron á dominarse con el yoduro potásico.

Respecto al *estómago*, Virchow describe un estado de gastritis crónica, con engrosamiento y color obscuro—*schieferiger*—de la mucosa; Fauvel, Capozzi, Klebs y Cornil han citado casos de úlceras gomosas.

A lo largo del *tubo intestinal*, se encuentran tumores gomosos, infiltraciones difusas, úlceras y esclerosis. El *recto* enferma, con relativa frecuencia, en su tercio inferior y en torno del ano. Algo más á menudo, en la mujer, se encuentran úlceras, gomas circunscritas, gomas difusas, las úlceras que dan lugar á cicatrices retractiles, la infiltración gomosa, difusa, que muchas veces invade el ano y el recto: cuando hay esclerosis, quitan al ano y al intestino, poco á poco, su distensibilidad ordinaria, estrechándolos cada vez más. Inmediatamente por encima de la proctostenosis, el conducto se dilata, se inflama, deteniéndose allí las materias fecales. Las grietas y escoriaciones, los senos, las fístulas, la coprostasis, el espasmo que agrava esta última, forman un grave cuadro que empeoran el abuso de los purgantes, la enterorragia, la perforación intestinal y la peritonitis.

Los antecedentes, las concomitancias, los efectos terapéuticos, nos harán atribuir á la sífilis un síndrome relativo al esófago, estómago é intestino, que armonice con el concepto de una infiltración inflamatoria, lenta, difusa ó circunscrita. Las hemorroides, el estreñimiento, los cólicos fecales, la introducción de un dedo en el recto (el cual nos permitirá encontrar cierta estrechez del conducto, á 4 ó 5 centímetros del orificio, y de forma cilíndrica), pueden hacernos pensar á la vez en la sífilis y en el cáncer del recto.

Para resolver la cuestión, serán guías oportunos: los datos genéricos, el hecho de que el cáncer no suele estar tan elevado como la sífilis, el desarrollo de ésta en poco tiempo, comparado con aquél, los infartos ganglionares prevertebrales, el edema de los miembros inferiores y la caquexia..... todo esto unido al examen histológico.

El *tratamiento* de las lesiones específicas gastro-entéricas, debe tener en cuenta el estado de la infección, el sitio y grado de la enfermedad y las manifestaciones sucesivas. Sin olvidar la dilatación, mucho tiempo prolongada, del esófago y del recto, se procurará todo aquello que regularice el funcionamiento normal del estómago y del intestino. La dilatación del esófago debe ser practicada con prudencia, la del recto requiere una persistente energía. Cuando no basten los medios incruentos, se practicará—con el *ecrasseur* ó el termo-cauterio—la división en la línea media, desde el ano al coxis, de todos los tejidos hasta el hueso, y algo más allá del límite superior de la estrechez. El alivio que con esto se obtiene suele ser pronto, y la reacción nula.

En el *pancreas* han comprobado algunos especialistas la existencia de gomas.

El *hígado* enferma desde el 2.º al 40.º año que siguen á la infección (1), y aun en el primer año en las formas malignas; los desórdenes dietéticos, el alcoholismo, la malaria, predisponen á los trastornos hepáticos. Esclorosis y gomas, á veces asociados, invaden una parte del órgano, con erupciones sucesivas, siguiendo su curso lentamente, desde la hipertrofia conducen á la atrofia y á la deformación cirrótica.

La forma difusa, *hepatitis intersticial*, comienza generalmente como *perihepatitis*. La cápsula de Glisson va engrosando, se hace adherente á los órganos vecinos y sobre todo al diafragma; fórmanse depresiones estrelladas de tejido conjuntivo, que se oculta profundamente en la masa glandular, y también depresiones del borde y de la superficie, de donde proceden las granulaciones y división en lóbulos. En el seno de estos se encuentran pequeñas masas caseosas y secas (gomas) y otras amiloideas, procedentes de los vasos, etc.

Los *gomas* hepáticos, cuyo volúmen varía desde el de un grano de mijo al de una avellana y aun más, en número de 2, 3, 8 ó 10, casi siempre superficiales, constan de una cubierta homogénea, gris, fibrosa, que envuelve un núcleo caseoso. A la vez existen, en ocasiones, cuerpos redondos refringentes, refractarios al carmín, muy colorables por la purpurina, que Malassez ha encontrado constantemente en los focos caseosos sífilíticos y nunca en otras partes.

La enfermedad va acompañada, por lo general, de dolor y gran sensibilidad del órgano cuando se le comprime. La ictericia ataca á uno de cada seis enfermos; la ascitis, el edema en los miembros inferiores, á casi todos; son frecuentes las enterorragias, menos las hematemesis, que, en un enfermo asistido por Goldstein llegó á ser mortal. El diafragma, si está retenido por adherencias, funciona de un modo irregular. En un caso de Jastrowitz, la vena porta comprimida por un goma, contenía un trombo.

El curso de la hepatitis sífilítica suele ser bastante largo. Además de los peligros que entrañan las visceropatías específicas concomitantes, puede perjudicar visiblemente al organismo. La muerte, en tales casos, suele ser debida á una enfermedad intercurrente, ó bien á la hidrohemia, peritonitis, ascitis ó anasarca.

El cáncer del *hígado* se presenta en una edad avanzada, invadiendo simultáneamente ambos lóbulos. El dolor es más marcado, hay vómito, depresión rápida de las fuerzas, caquexia especial. La duración de la enfermedad no pasa de dos años.

(1) Murchison, *Tratado de las enfermedades del hígado*. Madrid, 1887.

La cirrosis alcohólica es lesión más extensa que la producida por la sífilis, la ascitis es más frecuente en aquélla. Coexisten síntomas digestivos y nerviosos (temblores, calambres, etc.)

Dado el desarrollo insidioso de la sífilis hepática, no es fácil que nuestros medios terapéuticos consigan modificar su curso. Sin embargo, está indicado el yoduro potásico.

LESIONES TERCIARIAS

DEL APARATO RESPIRATORIO

La *nari*, del mismo modo que en su revestimiento externo, puede enfermar primitivamente en el revestimiento mucoso y en su armazón óseo-cartilaginoso. En la mucosa, especialmente en la que reviste los cartílagos, se forman nódulos, del tamaño de un guisante al de una haba, separados ó unidos entre sí, en número de 2 á 4, y que se fijan pronto al tejido cartilaginoso, el cual llega á estar comprometido en la ulceración.

La enfermedad, ora se inicie en el esqueleto, ora en las partes blandas de la nariz, puede producir:

1.º Necrosis del vomer, con disposición para propagarse á los senos del etmoides, al unguis, á la apófisis ascendente del maxilar, á los huesos nasales, etc., de donde resulta una gran movilidad de los huesos, con salida de secuestros;

2.º Hiperostosis por proximidad, muy frecuente en las hojas de los cornetes y en los huesos propios, con posible salida de secuestros ebúrneos;

3.º Depresión de los huesos propios que, no hallándose sostenidos por el tabique, deforman la nariz;

4.º Persistencia casi constante de la columnita nasal y consiguiente elevación del lóbulo;

5.º Obstrucción é inflamación consecutiva del conducto nasal, en virtud de la osteitis é hiperostosis de los huesos que lo forman.

Las lesiones del suelo de la nariz pueden establecer comunicaciones de éste con la boca (1).

(1) Finger vió una meningitis agudísima por rotura en la cavidad craneana de un goma de la lámina cribosa.

El maxilar superior se ve muchas veces comprometido por procesos que comienzan en la nariz.

Las inspiraciones, pulverizaciones, irrigaciones detersivas, emolientes, anodinas ó modificadoras, según los casos, el iodoformo, los calomelanos, la resorcina, el clorato potásico, la separación oportuna de los secuestros, algunas cauterizaciones, protesis y antoplastias pueden coadyuvar al tratamiento general, que en las formas leves basta por sí solo.

La *laringe* padece la sífilis terciaria antes y más á menudo que la tráquea. Aparecen sus síntomas á los 5 ó 10 años de la infección, observándose en la epiglotis, en los pliegues ariteno-epiglóticos, en las cuerdas verdaderas y falsas. En la laringe se maduran gomas, del volumen de una cabeza de alfiler al de una cereza, amarillos, transparentes, capaces de producir úlceras que, con el edema que desarrollan en su interior, con las distensiones de tejidos blandos y cartilagosos que llevan consigo, y además, con las deformidades y estrecheces que causan cuando son reemplazados por cicatrices, con las artropatías, con las necrosis de los cartílagos... provocan una sintomatología muy grave y hasta mortal.

La disnea, la disfonía, la tos, pueden ofrecer todos los grados; la expectoración da, según los casos, moco, pus, fragmentos y detritus cartilagosos. La disfagia y la odinfagia existen cuando el mal tiene su asiento en el contorno posterior de la epiglotis ó de los cartílagos aritenoides. La presión sobre la laringe es dolorosa; la tos rara vez tiene carácter irritativo.

El edema, el flemón perilaríngeo agravan en ocasiones la enfermedad, que puede terminar con la sofocación, con la gangrena pulmonar (1).

(1) En un caso observado por Thornton, una laringitis ulcerosa impuso la traqueotomía cuatro veces, tres de ellas en unos 19 meses. En un enfermo de 42 años, infectado 10 años antes, se estableció faringitis y laringitis ulcerosa, tan intensa, que el 31 de Diciembre de 1880 y el 23 de Mayo 1881 pareció imperiosamente indicada la traqueotomía. Sin embargo, 6 días la vez primera y 20 la segunda, de reposo, y el tratamiento general, (la primera vez con el protoioduro de mercurio, y la segunda con el ioduro potásico) disiparon todo peligro. Sintomas respiratorios menos graves se presentaron el 19 de Mayo 1882 y se vencieron en 20 días con el ioduro. En Junio de 1886 los ligamentos glosa-epiglóticos y la mucosa de la epiglotis en su totalidad, habían sido sustituidos por una cicatriz, que empujaba y mantenía oblicua hácia el lado derecho esta última. Una cicatriz plana ocupaba el ligamento ariteno-epiglótico, el lugar del aritenoides y casi todo el conducto hasta las cuerdas falsas, de las cuales la derecha había desaparecido y la izquierda se hallaba dividida en dos mitades, una anterior y otra posterior. En la fuerte adducción de las cuerdas sobre la cicatriz que ocupaba la parte superior del espacio medio-aritenoideo, veíase una prominencia miliar. Voz oscura. El enfermo andaba todos los sábados á pie, por espacio de muchos meses consecutivos, hasta unos 60 kilómetros.

Para el diagnóstico, hay que tener en cuenta los antecedentes y concomitancias, la lentitud del curso y el poco dolor. La tuberculosis laríngea muy rara vez es primitiva, sigue casi siempre á la de los vértices, va acompañada de fiebre, con tos insistente y esputos abundantes, en los cuales se puede encontrar los bacilos de la tuberculosis.

La lepra aparece siempre en la piel antes que en la garganta; el lupus y el cáncer pueden existir en esta última, hallándose sapa la piel. Los túberculos de la lepra en las mucosas son blancos, blandos, de volúmen variable, forman cadena; los del lupus son rosáceos ó rojos, duros, elásticos, diseminados, indolentes, como los de la lepra; los del cáncer tienen color rojo, rosáceo ó gris, pueden causar dolores. Hay natural tumefacción de la mucosa en la lepra, edema rojo y duro en el cáncer, estado normal de los tejidos alrededor de los nódulos en el lupus. Las úlceras de la lepra son blandas, semejan algo á las placas mucosas, pueden ser insensibles, las del lupus tienen bordes duros, elevados, fondo estrecho, sinuoso y causan poco ó ningún dolor; las del cáncer descansan por completo sobre el tumor, que generalmente es único, aparecen siempre rodeadas de vegetaciones, provocan dolores, algunas veces vivos. La cicatrización es facilísima en el lupus, bastante difícil en el tubérculo, escepcional en el cáncer. El lupus y el tubérculo son enfermedades propias de los sujetos linfáticos y atacan á los adultos; el cáncer se observa más en los viejos y en los hombres y va acompañado, regularmente, de engrosamiento de algunos ganglios contiguos.

Algunas veces se han visto parálisis de uno solo de los abductores de las cuerdas, permaneciendo sano el otro lado, y hay voz de dos tonos, sin visible lesión endolaríngea, aparte de dicha acinesia, sostenida quizás por la compresión que ejercen sobre el nervio recurrente algunos ganglios profundos y tumefactos. Estas parálisis han cedido casi siempre con un plan general apropiado.

Cuanto al tratamiento, deben tenerse presentes las reglas higiénico-terapéuticas, que hemos expuesto al hablar de la sífilis mucosa de la laringe. Contra el edema supra-glótico, se pueden usar los toques, repetidos varias veces al día, con ácido crómico disuelto al 25 por 100 (Isambert); la traqueotomía se halla indicada tan sólo cuando amenaza una inminente sofocación.

La faringo-estenosis final puede combatirse, ora por la división de las bridas, con el laringotomo de Isambert, ora con la dilatación gradual.

En la *traquea* y en los *bronquios* se han visto úlceras gomosas,

cartílagos sonrosados cicatriciales de la mucosa y del pericondro, estenosis y acortamiento notables y hasta la perforación, con sus graves complicaciones y terminación fatal.

Las alteraciones del *pulmón*, excepción hecha de los casos de sífilis maligna, son esencialmente terciarias tardías, en términos que á veces se ven en individuos que han pasado de los 40 años. Latentes al principio, es creible que el tratamiento dirigido casualmente contra las concomitancias patológicas baste para vencerlas. Gougenhaim ha visto un caso en que se desarrollaron á la vez los gomas y la tuberculosis: aquellos cedieron al tratamiento, ésta condujo á la muerte. La sífilis puede disminuir la resistencia de un individuo y de un pulmón hasta hacerle inferior á la acción del *virus* tubercular, del mismo modo que éste puede debilitar á tal ó cual individuo frente á los ataques de la sífilis.

Puede haber una *pulmonía intersticial*. Comienza al nivel de los bronquios de mediano calibre y llega hasta los alvéolos. Poco á poco se van obstruyendo los vasos, ensánchase los bronquios y hasta llegan á deformarse en algunos puntos; los epitelios de revestimiento degeneran en grasa.

Los *gomas* pueden manifestarse en cualquier otra parte del pulmón, si bien en el vértice son más raros que en las demás zonas. Del tamaño de un guisante al de una avellana (y á veces de un huevo de oca) están constituidos, en su período avanzado, por un cuerpo redondeado, fibroso, que contiene una masa caseosa. Los *gomas*, cuando se reblandecen, pueden abrirse á través de un bronquio ó bien ser reabsorbidos, en términos que su revestimiento se coarta en un nódulo cicatricial. Suele haber también difusiones en la *pleura*.

Las formas esclerosa y gomosa están, en la gran mayoría de los casos, unidas entre sí.

Deben hacer sospechar el origen sífilítico de una lesión pulmonar.

- 1.º La localización de las lesiones en cualquier punto que no sea el vértice, en una zona limitada y en un sólo pulmón;
- 2.º Su curso, mucho más lento que el de la tuberculosis del mismo órgano;
- 3.º La persistencia de buenas condiciones generales, hasta un período muy avanzado;
- 4.º Los buenos efectos de los mercuriales y el ioduro potásico, y la curación rápida de lesiones que serían irremediables si reconociesen otra causa;

5.º Los conmemorativos y las concomitancias sifilíticas, la falta de tuberculosis en los ascendientes;

6.º La edad relativamente avanzada del enfermo;

7.º La falta, repetidas veces observada, de los bacilos de la tuberculosis en los esputos.

El tratamiento general, aunque no puede vencer la condensación fibrosa, es muy conveniente si se plantea en tiempo oportuno.

LESIONES TERCIARIAS

DEL SISTEMA CIRCULATORIO Y DE LOS ÓRGANOS HEMOPOYÉTICOS

El *miocardio* estaba enfermo en 30 casos observados por Jullien (5 mujeres y 25 hombres). De dichos enfermos, 21 tenían 20 á 50 años de edad; en 6 la infección contaba un año de fecha, en 3 ocho; en los demás, 10 á 12. La afección estaba localizada 14 veces en el ventrículo izquierdo, 10 en el derecho, 3 en la aurícula derecha, 3 en el tabique; en 10 enfermos en ambos ventrículos á la vez.

El *goma* existía sólo en ocasiones; pero con más frecuencia se hallaban asociados éste y la esclerosis. La esclerosis, es decir, la organización del infiltrado con abolición de la fibra muscular, representa la terminación ordinaria de la *miocarditis intersticial difusa*. Los gomas, ora existen en la masa carnosa, ora forman eminencia hacia el endo- ó el pericardio. Solitarios ó múltiples, esparcidos ó agrupados, su volumen varía entre el de un guisante, una cereza y hasta un huevo de paloma (Lhonneur); pueden reblandecerse, abrirse en la corriente y ocasionar embolias (Oppolzer). La hipertrofia cardíaca, la congestión pulmonar, son complicaciones frecuentes.

Como síntomas comunes, citaremos las palpitaciones, la disnea y la cianosis, á veces dolor precordial. La muerte repentina suele poner término á tales sufrimientos. Mayer, Morgan, Lancereaux y Profeta citan cada uno un caso de curación de la sífilis cardíaca, y el Dr. Cantani ha publicado otras dos observaciones análogas.

El diagnóstico se fundará en los conmemorativos y fenómenos concomitantes, y en la exclusión de las demás causas de cardiopatías.

Debe evitarse todo lo que exija mayor trabajo cardíaco, normalizando las fuerzas del músculo con la digital.

El tratamiento general debe ser pronto y enérgico.

El *endocardio* puede enfermar por difusión desde el miocardio, y también inicialmente por esclerosis, gomas, úlceras ó vegetaciones análogas á los papilomas (Julia, Virchow, Gamberini, Lombroso, y Scarenzio).

El *pericardio* sufre á veces la esclerosis y el goma; en ocasiones se ven adherencias más ó menos extensas entre sus dos hojas serosas (sinfisis).

Los *vasos sanguíneos* son necesariamente preferidos por la enfermedad.

Los *capilares*, que casi siempre sufren en el primero y segundo período, siguen padeciendo en el tercero manifestaciones sifilíticas. Sobre ellos pueden obrar las alteraciones específicas vecinas extravasculares; las de las arterias y venas en comunicación con los mismos (isquemia, congestión); en la caquexia sifilítica no los respeta la substitución amiloidea. Greenfield vió los capilares cerebrales comprometidos en un proceso gomoso, llegando á estar obliterados por la proliferación endotelial; Lancereaux cree que muchas veces degeneran en grasa.

Las *arterias*, además de sufrir las lesiones específicas y las comunes consecutivas (compresiones, deformaciones, etc.), enferman con alguna frecuencia inicialmente, en el período terciario, por lo general al cabo de algunos años, y sólo en casos excepcionales algunos meses después de comenzar la infección sifilítica.

Padecen amenudo las arterias del cerebro; pero también se han encontrado comprometidas las carótidas, las coronarias, las vertebrales, las humerales, etc. El terciarismo se revela en ellas por la escasa extensión y limitación precisa del mal, que amenudo existe en ambos lados. Se trata de infiltraciones celulares de la túnica adventicia y de la interna. Aquella no aparece nunca sana cuando esta sufre, y puede también enfermar por sí sola; la túnica media padece por la difusión del proceso y por las terminaciones de éste.

En la endoarteritis, el depósito linfoide se establece en la capa célula-fibrilar colocada entre la túnica media y el endotelio. Este se modifica, alterándose su nutrición; sobreviene un estrechamiento del vaso y una gran coagulabilidad de la sangre, que se detiene amenudo en el primer ramo colateral (trombo). Las células anidadas en las túnicas pueden organizarse como en las diversas formas de esclerosis y también reblandecerse y ulcerarse como en los gomas ordinarios.

La túnica muscular degenera y desaparece algunas veces, ó bien queda comprendida en la induración. De todo esto derivan las estenosis, las obliteraciones, las pequeñas dilataciones aneurismáticas, la expansión de círculos colaterales; las laceraciones vasculares, las trombosis, las embolias, las hemorragias, aun en sujetos menores de 40 años.

El ateroma no parece más fácil que en las personas no sifilíticas.

Los focos próximos á las arterias ó los de las arterias mismas, cuando se bifurcan, cuando son numerosos, pueden propagarse á cierta distancia: á lo largo de las arterias, como á través de un puente, puede la lesión propagarse de un órgano ó tejido á otro, del periosteo al hueso, de las meninges al cerebro (1).

Respecto á las *venas*, Schüppe encontró la vena porta transformada, en su punto de entrada en el hígado, en un cordón fino, duro, en el cual apenas persistía un conductillo central; Hübert vió la periflebitis del mismo vaso, y Greenhow una flebitis difusa; Langenbeck tumores gomosos en la yugular y en la femoral; Gosselin en la safena externa.

Por lo general hay manifestaciones que, dado el aspecto particular de sus prodromos y evolución, su multiplicidad y trabazón, la *facies* particular que poseen, hacen nacer la sospecha de que se trata de lesiones vasculares, la juventud del individuo, el no existir aterosmasia de los vasos explorables, los antecedentes, concomitancias y sitio patológico, confieren á esa sospecha un grado mayor ó menor de probabilidad, que en ocasiones se convierte en certeza.

El pronóstico es más ó menos grave.

El tratamiento puede ser mixto ó compuesto tan solo de los preparados iódicos.

Los *ganglios linfáticos* difícilmente engruesan por efecto de la sífilis terciaria. Pueden llegar á padecer una infiltración difusa, que extendiéndose á más ganglios y al tejido conectivo ambiente concluye por formar un infarto terciario; otras veces el infiltrado se acumula en un foco gomoso, que puede ulcerarse. También se observan á veces *linfitis* esclerosas y gomosas; éstas últimas pueden llegar á ser ulcerosas y fagedénicas.

(1) Algunas lesiones vasculares podían quizás explicar ciertas livideces, hipotermias y gangrenas perforantes circunscritas.

Los infartos terciarios sobrevienen en adultos, casi siempre en un solo grupo de ganglios; se ulceran más pronto que los escrofulosos, los cuales no se hallan expuestos al fagedenismo; se corrigen y curan pronto con el ioduro que sirve poco ó nada en los casos de infarto escrofuloso.

En el *bazo* se encuentran gomas circunscritos, subcapsulares y centrales, gruesos y miliars, lo mismo que la esplenitis intersticial difusa (Zenker y Ria.)

En las *cápsulas suprarenales*, Bäresprung, Huber y Chvostek encontraron gomas miliars; Turner una masa lardácea central, compuesta de un voluminoso núcleo fibroso que irradiaba á su alrededor estrías de un tejido análogo; los vasos estaban indudablemente sífilíticos. En un período más avanzado, Virchow vió dichas cápsulas en rápida degeneración adiposa.

En el *cuerpo tiroides*, Lancereaux observó, en varias autopsias, un engrosamiento manifiesto.

En el *cuerpo pituitario*, Meyer, Virchow y Lancereaux encontraron alteraciones gomosas y hasta la hipertrofia.

LESIONES TERCIARIAS

DE LOS ÓRGANOS UROGENITALES EN UNO Y OTRO SEXO

Comenzando por los *órganos sexuales masculinos*, es frecuente un sífiloderma pústulo-crustáceo, acompañado de molestias y adenopatías, que dura meses y aun años, sino interviene el tratamiento. Nótase á veces algún tubérculo, principalmente en el surco del glánde. La anamnesis, el curso, la falta de infartos linfáticos, lo distingue del sífiloma; cuando llega á ulcerarse, se distingue de una úlcera venérea por la ninguna auto-inoculabilidad de la secreción y por el estado incólume de los ganglios.

Tubérculos múltiples, acuminados, pueden ulcerar en cierta extensión el glánde, motivando una estrechez y una fístula de la porción correspondiente de la uretra. En tales casos nos ilustrarán los

antecedentes, el largo curso, el escaso ó ningún dolor, la ligera reacción, la forma y color de las alteraciones.

En el *prepucio* es posible el goma: se desarrolla en el seno del tejido celular laxo un nódulo que crece, y se mantiene separado de las hojas cutánea y mucosa: al principio compacto, se adhiere después, reblandeciéndose y ulcerándose. La duración del accidente, que se prolonga algunas semanas y aun meses enteros, la indolencia del mismo; el ser la úlcera cavernosa; no haber adenitis ni sucesión de manifestaciones del período secundario, impedirá creer que se trate de un sifiloma, es decir, de reinfección.

Pústulas, tubérculos y gomas sufren el fagedenismo más pronto que el sifiloma. Por lo demás, los conmemorativos remotos y próximos, los síntomas concomitantes podrán servirnos de guía en este camino, no siempre tan llano como á primera vista pudiera parecer.

Los *cuerpos cavernosos* del pene sufren induraciones circunscritas y difusas que dificultan la erección, y que por los conmemorativos, por la coexistencia de otros síntomas patológicos, etc., podemos resolver si están ó no en relación con la blenorragia.

Se han descrito infiltraciones gomosas de la *uretra*, terminadas por induración, ulceración y perforación del conducto, que daba un flujo de diversa índole, según los casos.

La *orquitis terciaria* sobreviene en el 30 ó 35 por 100 de los sifilíticos, en los estadios precoz y medio del período terciario. Los traumatismos, los excesos venéreos, las formas blenorragicas, tuberculares y cancerosas predisponen á esa manifestación. Enferma el didimo, el epididimo en la mitad de los casos y menos todavía el cordón: después del didimo de un lado, suele enfermar el del otro. La didimitis es parcial en ocasiones, y en tal caso las recidivas atacan las porciones que primero habían estado sanas.

Como en todos los órganos y vísceras, se observa en los testículos la forma esclerosa, la gomosa y la mixta.

La forma esclerosa, llamada también *albuginitis sifilítica*, es una inflamación intersticial, de curso lento, con carácter productivo, que interesa la albugínea y los tabiques que de ella parten. En la fase de la infiltración celular, los elementos funcionales están comprimidos, deformados; en la de retracción del tejido conectivo fibroso que le

sigue, se atrofian y destruyen. También el epididimo puede sufrir igual accidente. Las hojas de la vaginal propia pueden estar separadas por un ligero derrame seroso (*periorquitis sifilitica*), y, otras veces, en cambio, se unen entre sí.

En ocasiones, la hiperplasia del revestimiento fibroso ó de las túnicas del didimo, llega, en su parte central, á la substitución grasosa. Este goma puede reblandecerse; la inflamación que sobreviene alrededor puede saltar del testículo al escroto, perforar uno y otro, derramar al exterior la parte degenerada y necrosada, producir así una úlcera profunda y á veces una especie de *fungus del testículo*.

Salvo algunos rarísimos casos de curso agudo, la orquitis sifilitica existe meses y aun años enteros, sin que se note la menor reacción local ó general, sin dolores, ni aun ejerciendo una ligera presión. El volumen del órgano aumenta al principio y después vuelve á ser lo que era. Si no se cuida bien la enfermedad, después de algunos períodos de oscilación, el órgano puede llegar á tener las dimensiones de una haba ó de un guisante: ha habido casos en los cuales llegó á adquirir consistencia cartilaginosa y aun ósea. La superficie aparece, en ocasiones, nudosa, irregular.

Al tacto, el órgano es más resistente, se encuentra en ciertos casos en la albugínea algunas placas condroides, elevaciones pisiformes. A veces se han encontrado gomas del *conducto deferente* cuando todo lo demás aparecía sano (Zeissl).

En el examen no se perderá de vista el cuadro de las lesiones blenorragicas y tuberculares. Los sarcomas y los carcinomas del testículo son casi siempre unilaterales, de desarrollo más rápido y doloroso; el carcinoma invade pronto los ganglios linfáticos profundos y el cordón.

El tratamiento consistirá en el ioduro potásico al interior y las aplicaciones de unguento ó de emplasto mercurial sobre el escroto. El hidrocele sólo se tratará por la punción cuando el tratamiento general haya producido todos sus efectos.

Cuanto á los genitales de la mujer, en la *vulva* se observa algunas veces la sifilide pustulo-ulcerosa, la tubercular y la tubérculo-ulcerosa. Cada una de ellas camina lentamente, casi desapercibida, sin prurito, sin dolor. Las úlceras terciarias, redondas, con bordes infiltrados y como cortados á pico, no autoinoculables, no infartan los ganglios inguinales. Las formas tuberculares conducen, alguna vez, á la elefantiasis*vulvar.

La *uretra* estaba en un caso ocupada por varios gomas (Follin); en otro existía una cicatriz que desde el meato llegaba á la vejiga (Virchow): son posibles las ulceraciones ámplias y profundas.

En la *vagina* encontró Spillmann una oclusión cicatricial por sífilis.

Son muy raros los casos de gomas vaginales iniciales.

Fournier cree haber visto un goma del *cuello uterino*. En el atlas de Lebert y en el de Heitzmann, figuran gomas en tal sitio. El aspecto, los conmemorativos, las lesiones coexistentes, el diagnóstico por exclusión, nos permitirán la satisfacción de curar rápidamente, sólo con el yoduro, tales alteraciones.

Bouchard y Lepine describieron un caso en el cual, además de la hepatitis y encefalitis gomosas, se observaron las *trompas de Falopio* aumentadas de volumen, cada una con tres gomas del tamaño de una avellana, blandos, rojizos.

Lécorché y Lancereaux encontraron en los *ovarios* alteraciones correspondientes á una esclerosis. El mismo Lancereaux, en una mujer con dolores osteocopos en el cráneo, encontró dos tumores del tamaño de un huevo, situados en las regiones ováricas: uno de ellos se disipó á los 25 días de tratamiento por el yoduro potásico. Richet vió, en un ovario voluminoso, una masa blanda, seca, amarillenta, característica (1).

Tanto en el hombre como en la mujer, pueden padecer los *riñones* la forma esclerosa y la gomosa. Entre 120 casos de riñones amiloideos, Rosenstein ha observado que 34 veces predominaba, en la etiología, la influencia de la sífilis. Las tres formas de enfermedad pueden representarse unidas. Los síntomas son los de la enfermedad de Bright aguda ó crónica. La lesión sífilítica suele circunscribirse á un riñón, á veces á una sola parte del mismo.

Un tratamiento oportuno puede curar pronto la enfermedad y hasta devolver al órgano su estructura normal.

(1) Kœberlé, *Las enfermedades de los ovarios y la ovariectomía*, versión española del doctor M. Carreras Sanchis. Madrid, Robles y compañía, 1887.

LESIONES TERCARIAS DE LOS HUESOS

Los *huesos* pueden hallarse comprometidos por difusión de los focos tuberculares, pustulares y gomosos de los revestimientos cutáneo y mucoso: empero, no pocas veces enferman por vez primera, interesando después por segunda mano, los tegumentos.

Padecen los huesos con cierta frecuencia en ambos sexos, sobre todo en los sujetos que en los primeros períodos no emplearon el tratamiento mercurial, que es tan beneficioso, aun en las osteopatías avanzadas. La escrófula, los traumatismos, la mayor vulnerabilidad por el virus, debida á otras causas, facilitan su desarrollo, que es más común en los huesos de la nariz, en la tibia, en el paladar, en el cráneo y en la clavícula.

En anatomía patológica, la periostitis es simplemente una osteitis superficial, y, entrando en el terreno de la histología, la osteitis se halla caracterizada por fenómenos que se manifiestan en la médula ósea, de modo que cada osteitis se reduce, en último resultado, á una osteomielitis (Cornil y Ranvier).

Desde el punto de vista clínico, según la profundidad de la afección, conviene distinguir en las osteopatías específicas: osteoperiostitis, osteitis y osteomielitis.

Cualquiera que sea la profundidad la trama conjuntival del hueso, puede sufrir una *infiltración intersticial difusa* y una *gomosa*.

En la infiltración difusa, se efectúa el depósito de células linfocíticas en los espacios medulares, en los conductos de Havers y en el blastema subperióstico (Ollier). Sobreviene un aumento de calibre de esos conductos y espacios medulares, pues, á la vez que el nuevo material que llega, es reabsorbido en parte el que constituye la trabazón ósea. El tejido de granulación, los botones carnosos, pueden quitar al hueso un terreno cada vez mayor, y si el hueso carece de cierta aptitud para la nueva osteogenesis, sobreviene la *osteitis rarefaciente*, se inicia la supuración superficial del hueso, acompañada de gran fragilidad, comprobable con la compresión y por medio de un estilete, ante el cual ceden con poca resistencia las laminillas óseas (*caries*).

Según Poulet, los botones carnosos, en el seno de la substancia esponjosa, pueden llegar á aislar un trozo de hueso del resto del mismo (*necrosis*). El secuestro está rodeado de tejido blando, formando una cavidad llena de substancia caseosa, que sólo se desprende difi-

cilmente: su profundidad, la inclinación de los bordes de la parte del hueso que ha quedado sano, pueden dificultar y hasta hacer imposible su eliminación espontánea.

Cuando la inflamación se hace todavía más lánguida, los botones carnosos—lo mismo los que se elevan hacia el periosteo que los submergidos en el hueso, los que empujan la dura madre y los que están situados en el conducto central de los huesos largos—en su totalidad ó en parte, se impregnan de nuevos elementos y constituyen nuevas laminillas y nuevas masas oseas. Esta producción repara de varios modos las pérdidas sufridas, ó bien es exuberante, en términos que pasa de los límites del hueso y determina su condensación parcial ó total (*osteitis productiva*).

Tales neoproducciones oseas pueden residir en la superficie del mismo hueso (*periostosis*) bajo la forma de *osteofitos* y *exostosis epifisaria*; ó en el espesor del hueso (*hiperostosis*, *osteitis condensante*, *esclerosis*, *eburnación del hueso*, *exostosis parenquimatosa*) ó en el conducto central.

Naturalmente, los conductos de Havers del hueso, subordinados como deben estar á la dirección de los botones carnosos, caen perpendicularmente sobre la dirección de los del hueso normal. El hueso nuevo, de poroso que es ordinariamente, puede convertirse en compacto, eburneo; á veces está dispuesto de modo que representa verdaderos *exostosis anulares*. La osteitis productiva puede elevar á 2 ó 3 centímetros el grosor de los huesos del cráneo. Algunas veces llega á obliterar los conductos de Havers y determinar la suspensión de nutrición, la necrosis de un trozo de hueso. Este obra entonces como cuerpo extraño, provoca ó aumenta la inflamación á su alrededor y con esto sobreviene un trabajo de ulceración que facilita su expulsión: la necrosis en el terreno invadido por una osteitis productiva, da, por consiguiente, *secuestros eburneos*.

La osteitis productiva puede figurar asimismo también en el conducto medular; por lo demás, también en las amputaciones seguidas de curación se cierra en una extensión variable la extremidad del conducto medular, merced á la substancia ósea compacta; y por otra parte, los gomos interesan también la parte central de los huesos largos.

Focos gomosos, diseminados ó limitados, pueden ocupar lo mismo los huesos largos que los anchos, tanto las capas superficiales como las profundas (*periostitis*, *osteitis*, *osteomielitis gomosa*): á veces se asocian á lesiones difusas, y generalmente aparecen rodeados de una zona de osteitis productiva. Pueden sobrevenir la caries,

la necrosis, la perforación del hueso (casi siempre las soluciones de continuidad tienen un contorno policíclico) la fragilidad y hasta la fractura.

A la caries y á la necrosis, lo mismo en las osteitis difusas que en las circunscritas, puede seguir la inflamación de los tejidos blandos inmediatos, el desarrollo de pus, desprendimientos, senos y fistulas. Especialmente en los huesos del cráneo, sobreviene á veces la invaginación de los secuestros, en virtud de la hiperplasia ambiente.

En el tercer período se encuentran también *dolores osteócopos*, fijos, profundos, vehementes, nocturnos, comparables á los que produciría una barrena que penetrara en los tejidos, un martillo, un bocado..., etc.; dolores que perturban extraordinariamente el sueño, el apetito y la nutrición general; que algunas veces constituyen la desesperación de los enfermos; sin embargo, la palpación no los explica por alteraciones esqueléticas apreciables, y así parece que se trata de osteopatías profundas.

En el *cráneo*, las osteo-periostitis externas ó internas, subagudas ó crónicas, la caries, la necrosis, los exostosis, son debidos, nueve veces por cada diez, á la sífilis terciaria. En un sujeto cuya infección contaba 13 años de fecha, además de un exostosis de la mandíbula y de la clavícula derecha, debimos combatir un tumor óseo (*osteoperiostitis gomosa*) del tamaño de un huevo de gallina, que residía en la eminencia frontal derecha, y que curó en dos meses de tratamiento general.

También hemos visto una caries necrótica extendida á casi todo el parietal derecho, y que curó por completo; y una destrucción de los parietales en el vértice, que dejaba al descubierto la dura-madre casi en la extensión de una peseta. Inútilmente insistimos, á su debido tiempo, en la trepanación del cráneo en el caso de un farmacéutico con necrosis profunda del frontal: de repente el pus no encontró camino de salida, y una meningitis agudísima mató en 24 horas á aquel robusto joven.

La perforación del cráneo sobreviene en ciertos casos por lesiones gomosas que se desarrollan por ambos lados á la vez, y que se encuentran en el camino. En un enfermo, de quien habla Fournier, se encontraron sífilides ulcerosas hasta en la dura-madre.

Las pérdidas ámplias, aun en todo su espesor, de la bóveda craneana, suelen cerrarse merced á un tejido fibroso; también pueden sobrevenir deformaciones y disminución de capacidad. Giacomini

calculó en 150 c.c. la disminución de la cavidad de un cráneo así reparado.

Los *maxilares*, los *huesos de la órbita*, de la *nariç*, del *pala-dar*, etc., padecen con frecuencia la enfermedad de que nos ocupamos. Actualmente hay en mi clínica una mujer de 39 años, robusta, según ella siempre sana, con una osteoperiostitis gomosa simétrica de ambos pómulos, sinovitis de la articulación cúbito-radio-carpiana izquierda y osteomielitis de la primera falange del anular de la mano derecha.

Tales lesiones se desarrollaron sin dolores, en tres meses, simultáneamente, mejorando de un modo notable en 20 días de tratamiento antisifilítico general.

Las *vértebras* ofrecen su mayor vulnerabilidad en la sección cervical: pueden motivar el absceso faríngeo, la eliminación de secuestros por la boca, el mal de Pott, la compresión sobre los nervios y sobre la médula cervical.

Chiari de Praga practicó, durante mucho tiempo, la autopsia de todos los casos de sífilis inveterada que tuvo á su alcance. Entre 27 cadáveres de sifilíticos, encontró 9 *osteomielitis gomosas de huesos largos*: alguno de esos sujetos no había presentado durante su vida síntomas que hicieran sospechar tal lesión.

Charpi ha visto que el peroné de un sifilítico terciario se rompía bajo un peso de 100 kilogramos, mientras que el mismo hueso, en estado sano, resiste 300 kilogramos; por el análisis química sólo pudo encontrarse una ligera disminución en la cantidad de fluoruro de calcio.

Compréndese fácilmente que las lesiones que interesan y desgastan las laminillas óseas, pueden ser causa de una fragilidad especial del hueso respectivo, y de las llamadas fracturas espontáneas (1).

Las osteopatías sifilíticas que comprometen los conductos, las fisuras formadas por el hueso, la amplitud y la forma de la cavidad que el mismo determina, las relaciones del hueso con el sistema nervioso y vascular, suelen ser muchas veces causas de las perturbaciones más diversas por sus síntomas, asociación y gravedad: anemias, congestiones, trombosis, embolias, hipo- y acinesias, hipo- y anestiasias, y neuralgias.

1) Nélaton, *Elementos de Patología quirúrgica*, tomo III, 1877.

LESIONES TERCARIAS DE LOS MUSCULOS

DE LOS TENDONES, DE LAS APONEUROSIS Y DE LAS ARTICULACIONES.

Todas estas lesiones, que el médico tiene frecuente ocasión de observar, pueden sobrevenir en el estadio medio del período terciario.

En los *músculos*, ora se ve la *miositis intersticial difusa*, ora la *miositis gomosa*. La primera ofrece tendencia plástica productiva. La fibra muscular, comprimida por el infiltrado que parte del perimio, cede su puesto al mismo, que, organizándose, se insinúa con su tejido, que ha llegado á ser fibroso. El goma, por lo general, nace y crece sin provocar dolores, de modo que muchas veces pasa desapercibido; en ocasiones causa dolores bastante vivos, que limitan los movimientos, puede provocar contracturas del músculo. Examinando la parte con detenimiento, se puede percibir una masa nudosa, colocada en el seno del músculo, cuya masa se mueve con éste. Puede estar rodeada por una miositis difusa; puede transformarse en substancia ósea, cartilaginosa, fibrosa, en grasa y en pus. Si sobreviene la supuración, la piel se torna roja, adherente, da salida al pus, quedando una úlcera cavernosa y relativamente indolente, que respeta los ganglios linfáticos.

El esterno-cleido-mastoideo, los gluteos, el biceps crural, los músculos de la pantorrilla, el biceps y triceps braquial, el trapecio, el pectoral mayor, son los que padecen con más frecuencia: sin embargo, también puede visitar la enfermedad los músculos de la lengua, de la laringe, el miocardio, el diafragma y el útero.

En el *tendón* de Aquiles, en el del cuádriceps y el psoas, lo mismo que en otros menores, se han visto infiltraciones intersticiales difusas, ó más á menudo gomosas, que causaban poco ó ningún dolor. También aquí se han observado, en ocasiones, la substitución calcárea, el reblandecimiento, la ulceración y la organización fibrosa. La primera y la última terminación, comprometen la función mucho menos que cuando sobrevienen á espensas de la parte carnosa de los músculos.

Las *aponeurosis*, sobre todo las más gruesas, pueden sufrir un engrosamiento que las haga compactas, sin que se perciban grandes desigualdades á través de la piel, ni tampoco adherencias á ésta.

Las *articulaciones* enferman en los estadios medio y tardío del período neoplásico, sobre todo las de la rodilla.

La afección tiene por punto de partida:

- 1.º Lesiones de la sinovial y de los tejidos fibrosos periarticulares.
- 2.º Lesiones de los huesos y del periosteo.

El goma perisinovial ocupa el tejido conectivo subseroso, y desde allí puede comprometer también la lámina fibrosa. A veces pasa al estado de induración, determina retracción, disminución de volumen de la cápsula ó bien una falsa anquilosis, no es rara la formación de artrófitos (Foussaint). Al reblandecerse, se abren los gomas fuera ó dentro de la articulación, motivando en el último caso, la piodidrartrrosis. Los cartílagos articulares suelen perder su brillo normal, ofrecen erosiones, etc. Las epifisis enferman con más frecuencia en la sífilis hereditaria; en la adquirida, mas que inicialmente, padecen por difusión del mal desde la diáfisis. Se han observado en ellos todas las formas óseas superficiales y profundas (osteofitos, caries, necrosis, anquilosis óseas, capaces de deformar y destruir la cabeza de la articulación.

En la articulación, los derrames se hallan expuestos á aumentos ó disminuciones, aunque siempre son escasos: se verifican con escasa ó ninguna reacción. Con el tacto se perciben algunas veces las placas de tejido indurado ó los nódulos gomosos.

Las lesiones de las partes blandas sienten la influencia de los medicamentos mucho más pronto que las de las partes óseas. Estas últimas tienen siempre consecuencias invencibles.

El tratamiento local consiste en la inmovilización, en el uso de los resolutivos y revulsivos: al interior se dará el ioduro potásico.

Las *bolsas serosas*, sobre todo alrededor de la rodilla, se hinchan de un modo insidioso algunos años después del contagio; pero estos fenómenos se disipan por completo, tratados oportunamente por el ioduro potásico.

·LESIONES TERCIARIAS DE LA LENGUA

Notablemente más frecuentes en el hombre que en la mujer, sobrevienen á los 5, 10 y hasta 15 años después de la infección. La gran adherencia entre la mucosa y los tejidos subyacentes, no permite distinguir fácilmente los gomas de la mucosa (*tubérculos*) de los del

tejido subcutáneo: se pueden desarrollar en el tejido conectivo intersticial.

El elemento granulomatoso, ora se halla reunido en focos destinados con frecuencia á la substitución gránulo-adiposa y á la ulceración (*glositis gomosa*), ora es irregularmente difuso en la trama conjuntiva ó submucosa, ora íntera ó intra-muscular, con tendencia á sacrificar la fibra muscular, organizándose un tejido conectivo fibroso retráctil, apto para provocar induración, deformación, atrofia de la parte de lengua correspondiente (*glositis esclerosa*).

Importa reconocer una *glositis gomosa superficial* ó de la envoltura mucosa, y una *profunda ó muscular*, ó bien una *glositis esclerosa superficial* y una *profunda*: esta última puede conducir á la *cirrosis lingual* ó *glositis lobulada*.

Los gomas superficiales están formados por nódulos tuberculiformes de la mucosa, residentes en el dorso y en los bordes, nunca en la cara inferior, del tamaño de un guisante, un hueso de ciruela ó una haba; en número de 1, 2, 4 ó más, agrupados en corimbo ó en forma de herradura, son primero compactos, pero más tarde se reblandecen y vacían en la boca su contenido, y después, poco á poco, el detritus necrótico. De aquí resulta una úlcera nueva, en el seno de tejidos duros, infiltrados.

Los gomas intramusculares, situados en la cara superior de la lengua, son más bien laterales que medios, del tamaño de una avellana ó una nuez, ora son redondos, ovoideos, ora aplanados: su número es casi siempre de uno ó dos, pero algunas veces se ven varios pequeños gomas confluentes.

El órgano, según el sitio de los gomas, puede adquirir un grosor doble ó triple. El tumor reblandecido vacía el líquido que contiene, á través de la cara superior, por un agujero que difícilmente puede encontrar el estilete. El enfermo recuerda muchas veces haber arrojado un esputo amarillento, formado de un humor especial, con grupos de ligeras estrías sanguinolentas. La úlcera cavernosa con bordes cortados á pico, fondo de mal aspecto, rodeada de tejido más grueso, en virtud de la proliferación y ulceración periférica, puede ensancharse mucho á veces, permanece estacionaria durante algunos meses y años enteros. Véale dice haber curado, con solo 28 días de tratamiento mercurial, una úlcera de este género que contaba 20 años de fecha.

El fagedenismo es raro. Gailleton describe formas agudas de glositis sífilítica que aumentaron el volumen del órgano en términos que fué necesario recurrir á la traqueotomía.

La glositis esclerosa superficial se da á conocer por medio de placas endurecidas de la mucosa, lisas, secas, sin erosión, y cuyas dimensiones varían entre un guisante y una moneda de 2 ó 5 céntimos; divididas entre sí por surcos que convergen hacia la línea media, como los nervios de una hoja. La esclerosis profunda ó parenquimatosa, análoga á la del hígado, de los testículos, etc., reduce la lengua á lóbulos, ó surcos, expuestos á irritación por parte de los dientes, de los alimentos y hasta de los movimientos mismos del órgano.

Las erosiones, las grietas, las úlceras de índole inflamatoria simple, son inevitables y agravan el cuadro, por el dolor que necesariamente las acompaña. Las formas gomosas y esclerosas, superficiales y profundas, suelen mezclarse entre sí en una misma lengua.

Hasta el momento de la ulceración suelen faltar el olor y el trastorno funcional: entonces es cuando el médico examina detenidamente la enfermedad. Los fenómenos inflamatorios, la rubicundez y deformidad de la parte, causan dolores que por lo general no son muy fuertes y que sin embargo perturban su función. Se ha observado alguna rara vez la asociación del cáncer á la glositis gomosa y también á la ulcerosa. Más de una vez se ha llegado á operar lenguas gomosas creyendo eran cancerosas, y también se han curado con los iodo-mercuriales lesiones sifilíticas diagnosticadas de cáncer.

El Dr. Fournier establece el siguiente cuadro diferencial:

Cancroide lingual ulcerado.

1. Afección de la edad madura. Tiene su mayor frecuencia entre los 50 y los 70 años.
2. Causas predisponentes: herencia cancerosa.
3. Antecedentes frecuentes de psoriasis lingual, no sifilítico.
4. Anamnesis: principio por una nudosidad dura, superficial, y no por un tumor exterior; después ulceración más ó menos rápida en superficie. No hay abertura ó evacuación á modo de absceso y sucesiva caverna.
5. Puede ocupar la cara inferior del órgano.
6. Lesión siempre única, unilateral (salvo muy raras excepciones.)

Goma ulcerado de la lengua.

1. Sin edad de predilección. Se observa comunmente en una edad menos avanzada que el cáncer.
2. Antecedentes sifilíticos.
3. Sin antecedentes de psoriasis lingual.
4. Anamnesis: principio por un nódulo duro interno, y después abertura brusca á modo de absceso; caverna provisional; inmediatamente después, ulceración rápida, que descubre el fondo purulento del tumor.
5. Se localiza exclusivamente en la cara superior y en los bordes del órgano; nunca en la cara inferior.
6. Lesión á veces múltiple y bilateral.

7. Lesión constituida por un tumor elevado en superficie.

8. Bordes elevados, salientes, desiguales, irregulares, etc.

9. Superficie que sangra con facilidad por el menor contacto.

10. Secreción abundante y, en época avanzada, fétida é icorosa.

11. Ulceración dolorosa espontáneamente, lancinante. A veces dolores por irradiación hacia oreja.

12. Trastornos funcionales siempre bastante intensos, á veces de gran entidad (inmovilización de la lengua, dificultad en la palabra y en la masticación, degluciones molestas, salivación, etc.)

13. Lesiones que terminan, pasado algún tiempo, con los fenómenos generales de la caquexia.

14. El examen anatómico revela los caracteres del epiteloma.

15. Ganglios engrosados al cabo de algún tiempo.

16. Ninguna influencia del tratamiento anti-sifilítico, que hasta puede ser perjudicial.

7. Lesión constituida por una ulceración sin verdadero tumor.

8. Areolas hundidas, marcadas y adherentes.

9. Fondo sanioso y que no sangra.

10. Secreción relativamente escasa y no icorosa.

11. Ulceración no dolorosa espontáneamente, no latinante.

12. Trastornos mucho menos importantes que en el cáncer.

13. Lesión que no produce por cuenta propia la caquexia.

14. El examen anatómico revela los caracteres de la hiperplasia gomosa degenerada.

15. Ganglios intactos.

16. Influencia benéfica del tratamiento antisifilítico.

El sifiloma lingual se distingue de los gomas, porque representa una lesión única, que se ulcera en la superficie, acompañada de poliadenitis características, y seguida bien pronto de manifestaciones generales.

La tuberculosis de la lengua se presenta en los sujetos escrofulosos; con más frecuencia en los estadios avanzados de la ulceración pulmonar; reside generalmente cerca de la punta; las úlceras son dolorosas, y á veces rodeadas de granulaciones amarillentas, del volumen de una cabeza de alfiler.

La glositis terciaria, tratada convenientemente, puede curar por completo. Pero otras veces, los desórdenes á que da lugar, agravados por las fáciles recidivas, comprometen seriamente el órgano. Las formas esclerosas son las más temibles.

Cuanto al tratamiento general, P. Morelli aconseja recurrir, lo más pronto posible, á la desinfección de la boca y á las inyecciones

subcutáneas de sublimado, para obtener un resultado rápido si se trata de un goma, y perder el menos tiempo posible si existe un epiteloma. Si se confirmaran los beneficiosos efectos de las inyecciones de ioduro potásico, ellas deberían ser las preferidas.

Cuando la enfermedad ha invadido un extenso campo, y existe *periculum in mora*, será conveniente proceder pronto á la amputación de la lengua, en vez de perder tiempo con experimentos inútiles. De este modo—dice Morelli—si se trata de un goma, el enfermo curará con la operación, y si, por el contrario, la afección es un epiteloma, se evitarán los inconvenientes de una intervención tardía.

Los cáusticos imprimen al cáncer una evolución más rápida, y según Demarquay, agravan la infección glandular. Los colutorios emolientes y antisépticos prestan buenos servicios. En los casos en que amenace la asfixia, se hará el desbridamiento del órgano con el termo-cauterio, y, en último término, se recurrirá á la traqueotomía.

LESIONES TERCIARIAS DEL SISTEMA NERVIOSO (1).

En el período virulento, el sistema nervioso ofrece síntomas superficiales fugaces, debidos generalmente á fenómenos congestivos; en el período gomoso, lo atacan las alteraciones esclerosas y gomosas, á menudo múltiples, irregularmente distribuidas, además de los accidentes inflamatorios comunes, relacionados con aquéllas. Las lesiones específicas son más frecuentes á los 3 ó 10 años del contagio: dan gran contingente, según parece, las infecciones no combatidas á tiempo, las tratadas con gran cantidad de mercuriales y algunas que tienen cierta benignidad aparente en los dos primeros períodos. Las neurosis anteriores, una exagerada funcionalidad nerviosa, los excesos sexuales, el alcoholismo, las emociones morales, el frío, los traumatismos, facilitan su aparición.

Las lesiones del cráneo y de las vértebras (exostosis, caries, necrosis) pueden comprometer la inervación; á los fenómenos esclerogomosos de la substancia nerviosa y de las meninges siguen alteraciones comunes, inflamatorias é isquémicas, que pueden llegar á tener una importancia mayor que las primeras.

La sífilis cerebral interesa primitivamente las meninges, los vasos, ó el mismo parénquima del cerebro.

(1) Consúltese la magistral obra de Liebermeister, *Lecciones de Patología interna y de terapéutica, enfermedades del sistema nervioso.* (En publicación.)

Cada una de las meninges puede enfermar indirectamente y aun de un modo aislado; sin embargo, con frecuencia se hallan todas comprometidas al mismo tiempo.

Por lo general, las alteraciones son circunscritas y repetidas en varios puntos. Representan una hiperplasia celular reducida á organización fibrosa, ó bien á una desorganización gomosa. Aquella es la más frecuente; no falta cuando existe esta última. La dura madre, si la inflamación reside en su cara externa—*paquimeningitis externa*, *endocranitis* de Bruns—puede dar lugar á la formación de exostosis, de hiperostosis y también á la reabsorción de la substancia del hueso, que queda corroido, perforado; si ocupa la cara interna aracnoidea, excita en la periferia un movimiento inflamatorio capaz de producir hemorragias.

Las lesiones aparecen más rara vez en la aracnoides que en la dura y la pía madre. Esta última, ora apenas opalescente, ora fibrosa y casi aponeurótica, propaga el proceso, á lo largo de los vasos, hasta la substancia cerebral, fundiéndose á veces en una masa con la corteza del cerebro.

Los *nervios cerebrales*, á los cuales dan una vaina las meninges, desde su emergencia hasta la salida del cráneo, en virtud del engrosamiento y coartación de las meninges, pueden sufrir compresión, degeneración y atrofia. De tales hechos resultan neuralgias y parálisis: estas últimas se observan con mucha frecuencia en las encefalopatías sifilíticas, siendo uno de sus síntomas más característicos.

Las infiltraciones meníngicas estrechan y obliteran algunas veces la luz de los *vasos*, sobre todo los *arteriales*. Como quiera que atraviesan la pía madre arterias delgadísimas que nutren la corteza, y otras más gruesas que riegan la substancia medular, se comprende que, enfermas las arterias, puede hallarse profundamente comprometida la nutrición, sobre todo la de la substancia gris del cerebro.

Las arterias que se hallan en inmediata relación con el cerebro, pueden sufrir la compresión por fenómenos patológicos residentes en el seno de éste, ó en sus revestimientos meníngicos ú óseos; por lo demás, las arterias sufren á veces desde el principio trastornos intrínsecos, es decir, una hiperplasia celular, bajo la forma de peri- ó endo-arteritis, que más tarde conduce á la esclerosis ó al goma. De aquí puede resultar la obliteración, aun de la carótida interna, de las arterias de Sylvio y de la basilar (Virchow, Hoyack, Passavant, Boning). Un grueso goma de la tienda del cerebelo pudo obliterar todos los senos que abocan en el puente de Herófilo, excepto los dos occipitales (Dowse). Algunas investigaciones y hechos clínicos indu-

cen á creer que las modificaciones arteriales llegan á producir dilataciones aneurismáticas, lo mismo que hemorragias cerebrales y meníngeas.

La *encefalitis gomosa* es más conocida que la *encefalitis difusa*. Los gomas se desarrollan principalmente en la substancia gris del cerebro, que es la más vascularizada; con frecuencia son múltiples; rara vez llegan al volumen de un huevo de gallina, pues son mucho más pequeños. Se han encontrado en todas las partes del encéfalo, siendo preferidas la cara convexa de los hemisferios, al nivel de la región central, y la base, hácia la fosa media.

Las lesiones del *raquis*, de las *meninges* y de la *médula espinal*, (1) consideradas en sí mismas, y en su reciprocidad y relaciones, armonizan perfectamente con las ya descritas.

Los *nervios cerebro-espinales* comprimidos por las lesiones esqueléticas ó meningo-cerebro-espinales, ofrecen las manifestaciones respectivas: se han visto algunos tumorcillos primitivos en el motor ocular común, en el trigémino, en el óptico, en la cola de caballo, y además una transformación coloide y pigmentaria de las células nerviosas del simpático, con hiperplasia del tejido conectivo, proliferación y regresión adiposa del endotelio peri-celular (Petrov).

En medio de la multiplicidad extraordinaria de síntomas cerebrales, no hay ninguno que sea patognomónico. Importa, sin embargo, fijar la atención en los que siguen:

La *cefalalgia* es el prodromo más frecuente de la sífilis cerebral, es su síntoma premonitorio por excelencia. Consiste en un dolor endocraniano gravativo, ó constrictivo, ó contusivo, según los casos, que puede llegar á ser atroz, insoportable; que algunas veces provoca delirio, y hasta una torpeza intelectual, simulando el coma. Intermitente ó continuo, con exacerbaciones nocturnas, aparece siete veces de cada diez en la frente y en las sienas; grave, no por sí solo, sino por las manifestaciones epilépticas, congestivas, paralíticas, que con cierta frecuencia anuncia, resiste á todo remedio distinto de los específicos: estos, usados á tiempo y con método, pueden disipar los dolores y evitar ulteriores manifestaciones.

Las *paralisis del movimiento y de la sensibilidad* pueden ser incompletas ó completas, en cualquier parte del cuerpo. Rara vez pro-

(1) Leyden, *Tratado clínico de las enfermedades de la médula espinal*, versión española del Dr. M. Carreras Sanchis, Madrid, 1880.

topáticas, siguen ordinariamente á la cefalalgia, á la epilepsia, á la afasia sífilíticas. Con frecuencia son parciales é incompletas, ora conciernen á los nervios cerebrales ó á los espinales. La sífilis tiene una notable predilección por los motores del ojo (1).

La *paralisis ocular* sífilítica por excelencia, es decir, la que ofrece realmente caracteres de especificidad, es la del motor ocular común (2); el motor ocular externo (3) enferma menos difusamente y menos todavía el parético (4). Se han visto casos de ptosis, de parálisis del recto superior ó solo del interno, y algunas veces aislada, exclusiva, la del esfínter del iris (midriasis). Sin embargo, lo general es que, por efecto de la sífilis, se hallen comprometidos varios músculos al mismo tiempo: algunas veces lo están solo los de un ojo; ora son los homónimos, ora los antagonistas.

Con la acinesia ocular coexiste algunas veces la facial. Las parálisis oculares que indican lesiones en el cerebro ó próximas al mismo tienen siempre una grave significación.

Comprometido el *nervio acústico*, el oído disminuye ó cesa. Diversos trastornos auditivos acompañan á los fenómenos circulatorios y de infiltración, que se realizan en las inmediaciones de los centros y de los nervios acústicos. La pérdida relativa ó absoluta del poder auditivo es casi siempre unilateral.

La *agustia* ó abolición del gusto ha existido en algunos casos.

Cuanto al *nervio óptico*, es de notar que los trastornos de la visión son acaso los más frecuentes en la sífilis cerebral. Si son monoculars, no tardan mucho en manifestarse en el otro ojo. Puede existir una ambliopía ligera, una ambliopía grave y hasta la ceguera absoluta. Aparte de lo que ocurre en las lesiones del cerebro, de las meninges, y del cráneo, (exostosis del agujero óptico, etc.) puede observarse inicialmente la *neuritis óptica* y la *atrofia papilar*. Rara vez existen, de una manera aislada, los trastornos visuales: unidos á

(1) La causa de esto es que las localizaciones meningo-cerebrales toman muy pronto desarrollo en las inmediaciones de la silla turca, y ya sabemos que dichos nervios recorren un largo trayecto envueltos por las meninges, y en contacto de las paredes y fisuras óseas; expuesto á sufrir fácilmente la compresión, en su consecuencia hacia la órbita casi constituyen un haz común. Las parálisis oculares de índole sífilítica superan con mucho á las producidas por otras varias causas, aun sumándolas todas.

(2) Síntomas: ptosis, abolición de los movimientos del globo ocular hacia arriba, hacia abajo y hacia dentro: estrabismo ocular (diplopia) midriasis y lesión de la acomodación.

(3) Abolición de los movimientos bulbares hacia fuera, estrabismo interno (diplopia).

(4) Diplopia en altura, respecto á los objetos situados en la mitad inferior del campo visual; actitud particular, cabeza inclinada hacia abajo y lateralmente, hacia el lado del músculo paralizado.

la cefalalgia á la epilepsia y á los vómitos, indican casi siempre un tumor cerebral, que ocupa la base del cráneo (Fournier). Muchas veces la neuro-retinitis coincide con un tumor cerebral.

El *nervio olfatorio* comprometido da lugar á la disminución y aun la pérdida del sentido correspondiente. Recuerdo haber leído la observación de un enfermo en quien un tumor sifilítico llegó á destruir todo el nervio olfatorio (Kergadarec).

El *nervio facial* sostiene parálisis parálisis repentinas y rápidas, efímeras y persistentes, totales ó parciales (1), que amenudo preceden á la hemiplejia total.

El *hipogloso* puede funcionar mal por trastornos psíquicos; otras veces se halla comprometido, existiendo afasia y hemiplejia. Se han visto parálisis completas de la lengua, procedentes de un *ictus* violento.

Las *monoplejias* ó parálisis (con más frecuencia paresias) de un miembro ó una parte de la cara, pueden aparecer *per se*, y entonces tienen corta duración, mientras que otras veces son síntomas de una hemiplejia, que se completa después.

La *hemiplejia* es una de las parálisis sifilíticas más comunes. Rarísima en el período secundario, sobreviene á los 5 ó 10 años de la infección; ataca en el 80 por 100 de los casos, á personas menores de 40 años: puede presentarse como expresión inicial, media y última de la sífilis cerebral. Ora deriva directamente de localizaciones específicas, ora de las consecuencias de estas (hemiplejias indirectas): en tal caso, es mucho más difícil su tratamiento. Rara vez faltan prodromos, consistiendo éstos en trastornos congestivos, de la motilidad ó de la sensibilidad; casi constantemente figura entre ellos la cefalea terciaria, algunas veces las parálisis oculares y monoplejias diversas: en ocasiones se han visto crisis de hemiparesia, cuya duración varió entre algunos minutos y dos ó tres días.

Por regla general, la acinesia sobreviene, conservando el enfermo el conocimiento, de una manera instantánea ó lenta, sucesiva, como si existieran varias hemiplejias, que en algunos días ó semanas se hubieran unido entre sí.

La cara padece á veces la parálisis en un lado y los miembros en otro (*parálisis alterna*); en otros casos, á la hemiplejia de un lado se une, al cabo de algun tiempo, la del opuesto (*hemiplejia doble*).

Una hemiplejia es casi seguramente de índole sifilítica, si el indi-

(1) Fournier vió un caso en en que solo estaba paralizado el músculo orbicular.

viduo es joven; si después de la infección ha tenido cefalalgia, parálisis fugaces ó accesos epilépticos; si se ha desarrollado sin *ictus* apoplético, estando íntegro el conocimiento, y de un modo lento, sucesivo; cuando se trata de una paresia más que de una parálisis con conservación de la sensibilidad y de la excitabilidad reflejas; con asociación de parálisis ocular y de monoplegias, del mismo lado ó del opuesto. Falta después averiguar si todo depende de lesiones cranianas ó endocranianas, etc. Vedrénes obtuvo cierta vez, por medio del trépano, una curación completa.

La *paraplegia* puede presentarse en el período secundario, provocada por alteraciones vertebrales, meningeas ó espirales. Al contrario de lo que ocurre en la hemiplegia (en la cual está intacta la vejiga) puede ser su primer síntoma la disuria. El desarrollo es rápido. Abandonada á sí misma, suele provocar graves complicaciones y llegar á ser invencible.

La *epilepsia* es una de las más frecuentes manifestaciones de la sífilis cerebral, la cual, como sabemos, interesa muchas veces la capa cortical del cerebro; donde tienen su asiento los centros motores. Puede sobrevenir en el período virulento, y no conocemos qué lesiones la sostiene realmente, por lo general es terciaria y tiene su origen en afecciones del cráneo ó de su contenido. (1)

De todas las causas aptas para hacer epilépticos á los adultos, la sífilis es la mas común. La epilepsia sigue con frecuencia á otras neuropatías la cefálea la precede casi siempre en su desarrollo. Los accesos pueden éstar calcados en los del *gran mal* ó en los del *pequeño mal* de la epilepsia común, sobrevienen de repente, con ó sin *aura*; por lo general no existe el grito inicial, ni la abolición del conocimiento, de modo que el enfermo sigue recogiendo, durante el acceso, percepciones dolorosas, cosa que no ocurre en la neurosis vulgar. A veces la conciencia vigila tan sólo durante la primera parte del acceso, llegando á estar abolida en la segunda. Los fenómenos convulsivos no suelen ser tan generalizados como en la epilepsia ordinaria, sino que se limitan á un miembro, á la mitad de la cara ó del cuerpo, se repiten con más frecuencia cada vez, hasta llegar á ser subintrantes. A estos fenómenos se unen complicaciones por par-

(1) Puede sobrevenir por la presión que ejercen las gomas cranianas al cesar la presión, cesan los accesos. *Toptho dein exulcerato et aperto cessavit epilepsia* (Max Locher). — En un enfermo de Larrey, una osteritis sífilítica habia puesto al descubierto, en ciertos puntos, la dura madre. Dichá lesión iba acompañada de accesos epiléptiformes, que se podian reproducir á voluntad, á la compresión graduada sobre la dura madre.

te de la inteligencia (éstasis, delirio, delirio con impulsión, disminución ó perversión de las facultades intelectuales) y de la motilidad (parálisis del sétimo tercero y segundo pares, afasia, mono, ó hemiplegia, etc.); después de haber existido algunos de estos síntomas, con más ó menos intensidad, durante meses y años enteros, termina la escena del modo más funesto.

Evita estos estragos el tratamiento iodo-mercurial, que en cambio agrava ordinariamente la epilepsia común.

La *afasia* de origen sifilítico ha sido también objeto de observaciones clínicas y anatomo-patológicas. Precoz ó tardía, preséntase aislada ó asociada á otros síntomas cerebrales, entre ellos, en primera línea, las parálisis de movimiento del ojo derecho (Fournier). Su fácil aparición se explica por la superficialidad del centro articular (tercera circunvolución frontal izquierda) que por otra parte se halla próximo á los centros motores de la mitad derecha del cuerpo.

Puede desarrollarse de repente, ó al cabo de algún tiempo de balbuceo, de errores en la pronunciación (1). Puede ser completa ó no. La ideación, la memoria de la palabra, la facultad de escribirla, suelen permanecer intactas, hallándose tan solo comprometido el centro de la articulación (*anartria*); otras veces hay amnesia, agrafia, glosopelia, pérdida de la aptitud para leer, epilepsia y hemiplegia derecha. La afasia aislada, y mejor si es intermitente, puede dar tiempo á los remedios para intervenir con mayores probabilidades de éxito.

En los enfermos de sífilis preséntanse á veces *fenómenos de ane-*

(1) Mauriac habla de un individuo, infecto 18 meses antes, en quien la afasia fué intermitente durante unos 40 días: en cada uno de ellos hubo accesos múltiples, hasta que después se estableció de un modo definitivo.

Un enfermo de nuestra clínica, robustísimo, siempre sano, de 23 años, sufrió la infección en Agosto de 1885. Tomó el protoioduro de mercurio: 1 gramo desde el 1 al 20 de Septiembre; 6 gramos desde el 30 de Octubre al 13 de Marzo; además, 50 gramos de ioduro potásico desde el 21 Septiembre al 29 de Octubre. Tuvo roseola y ligerísimas sífilides intrabucales. Durante muchas semanas no ofreció ningún síntoma particular, hasta que en la mañana del 14 de Marzo, mientras se disponía para la caza, tuvo, durante un minuto síntomas de afasia (*anartria*). Inmediatamente recobró el habla. Estuvo de caza cinco horas, durante las cuales sufrió un segundo ataque más breve que el primero. Comió y bebió con su acostumbrado buen humor. La noche la pasó bien. Al levantarse, por la mañana siguiente, existía hemiplegia derecha, afasia permanente, conocimiento normal, gran cefalalgia fronto-temporal izquierda. Después de un tratamiento enérgico, mixto, aconsejado por el profesor Giovanni, mejoró notablemente, pero á últimos de mes sobrevino una adinamia rápida, de la que murió el enfermo el 31 de Marzo. No fué posible hacer la autopsia.

mia, de congestión y hasta el *coma*. Las alteraciones en la textura de los vasos, y las que indirectamente sufren, se revelan por signos de anemia y más á menudo de congestión. Estos representan fenómenos pasajeros, fugaces (aturdimiento y *vértigos*, trastornos de los sentidos específicos y de la motilidad, como balbuceo, pérdida de equilibrio, y también de la inteligencia, bajo la forma de *amnesias*), ó son tales que, á fuerza de repeticiones, llegan á considerarse como efecto de un estado congestivo permanente. Los síntomas de la congestión preceden algunas veces á los convulsivos y paralíticos antes descritos. Pueden llegar á constituir *accesos de resolución repentina de las fuerzas musculares*, que determinan la pérdida de equilibrio, la caída, y van acompañados de sensaciones de aturdimiento, obnubilación pasajera, con ó sin pérdida del conocimiento: esto constituye el *ictus apoplejiforme* que, ora se resuelve, ora anuncia invasiones paralíticas.

Precedido por síntomas de ninguna importancia, ó bien por fenómenos congestivos ó apoplejiformes, aparece á veces de repente el *coma* profundo, capaz de inspirar grandes alarmas y hasta de terminar por la muerte.

Tres autopsias de individuos que murieron con un cuadro muy análogo al de la apoplejía vulgar, revelaron lesiones gomosas evidentes: el Dr. Jullien dice, en su obra de sifilografía, que tiene el convencimiento de que gran número de enfermos considerados como apopléticos sucumben en realidad por lesiones sifilíticas, que un examen profundo hubiera permitido reconocer y curar.

De los *desórdenes intelectuales*, la *amnesia* es el fenómeno más frecuente. Ora se desarrolla lentamente, ora de una vez, puede ser leve ó completa. La inteligencia disminuye á veces hasta el atontamiento. No faltan ejemplos de excitación cerebral, de verdadera *manía*, con perversión de las ideas, con alucinaciones y delirio en los actos. A veces existe la hipocondría sifilítica ó *sifilofobia*, que puede llegar á constituir una verdadera monomanía, y que en dos casos observados por nosotros impulsó al suicidio. En otros enfermos sobreviene la *megalomanía* y un conjunto de signos que simulan la *paralís general*, aunque sin copiarla exactamente (*pseudo-paralís general*).

Algunas veces, aunque raras, hay *perturbación en determinadas funciones viscerales*. Por lo general, se está de acuerdo en localizar las sensaciones viscerales en los lóbulos occipitales, y se conoce la

influencia de las lesiones del bulbo y del suelo del cuarto ventrículo sobre la secreción urinaria. Localizaciones y acciones reflejas, que obran sobre dichas partes, deben invocarse para explicar la *bulimia*, la *polidipsia*, la *poliuria*, la *diabetes* y los *vómitos* que existen en ciertos casos de sífilis cerebral (1).

En un caso de *incoordinación de los movimientos* de los miembros inferiores, con falta de estabilidad, encontró Gammel, al hacer la autopsia, en el cerebelo, un goma del tamaño de una almendra. Un enfermo de Bernheim, durante la marcha, oscilaba como un borracho y experimentaba una retropulsión invencible.

¿Existe realmente la *ataxia locomotriz sifilítica*? Gailleton curó un sifilítico que presentaba síntomas de esclerosis de los cordones espinales posteriores, y Erb obtuvo la curación ó un gran alivio en tres casos análogos. Fournier, sostenedor entusiasta de una ataxia sifilítica, dice no haber curado nunca un atáxico, que fuera sifilítico. En realidad, los datos necroscópicos no demuestran la existencia autónoma de una ataxia específica. Erb (unicista) dice que entre 100 atáxicos, en 36 no habían influido, aparte de las afecciones venéreo-sifilíticas, ni las fatigas, ni los excesos sexuales, ni el frío, ni el traumatismo. Entre 249 atáxicos, Fournier encontró en 231 antecedentes sifilíticos. Por una investigación referente á la predisposición del sistema nervioso, hecha en 60 enfermos, se vió que en 45 de ellos no existía ningún antecedente nervioso, ni en los individuos mismos, ni en sus ascendientes y colaterales respectivos. Fournier ha llevado más allá sus investigaciones, viendo si había signos precursores fieles de la enfermedad, y en un reciente trabajo indica algunos fenómenos preatáxicos.

Por nuestra parte, creemos que al porvenir corresponde averiguar si existe realmente una ataxia sifilítica, y si existen indicios que permitan detenerla en su origen y disipar toda amenaza de la misma.

Cualquiera que sea la forma de sífilis nerviosa, es raro que se limite al primer foco; con frecuencia tiende á ensancharse y hacerse más completa. En ella coexisten con frecuencia síntomas cerebrales que no suelen ir asociados en la patología vulgar. Ejemplo: hemi-

(1) En un caso de poliuria, Perroud encontró un goma del cuarto ventrículo, y en otro de diabetes, observado por Taupin, y que cedió en parte por el tratamiento con el ioduro potásico, se halló también una lesión del cuarto ventrículo.

plegia con una ó varias parálisis oculares, ó hemiplegia doble, ó hemiplegia facial con blefaroptosis; ó bien epilepsia con parálisis ocular ó amaurosis, ó accesos evidentes de estrabismo, etc.

Resulta de esto una expresión indecisa del conjunto morbozo, que se separa de los tipos clásicos de las encefalopatías comunes. La edad joven del sujeto, el curso lento, continuo y progresivo, las recrudescencias, las recidivas facilísimas y los fenómenos concomitantes, á la vez que hacen posible el diagnóstico, nos obligan á formular un pronóstico de los más graves.

El *tratamiento* debe ser mixto, enérgico, prontísimo: fricciones mercuriales, inyecciones subcutáneas de sublimado ó mejor de calomelanos, ó bien el protoioduro (0.10 á 0.20) ó el sublimado (0.02 á 0.05), por la boca. El ioduro potásico (3 á 6 granos diarios) puede administrarse por la boca y también en lavativas. Este tratamiento debe ser muy prolongado, con interrupciones, y sin olvidar los auxiliares comunes.

LESIONES DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

OJO Y OIDO INTERNO

Deval refiere la historia de un monstruoso exoftalmos por alteración sífilítica de los *huesos orbitarios*, curado con el tratamiento antisifilítico.

Galezowski encontró en la órbita una forma especial, que tenía al parecer, su punto de partida en la *cápsula de Tenon*, y que cedió por el uso del tratamiento específico.

Chálons y Bumstead vieron algunas lesiones tardías de las *glándulas lagrimales*.

La *piel de los párpados* presenta también algunos casos de tubérculos y gomas.

Con el nombre de *tarsitis sífilítica y gomosa*, se ha descrito un engrosamiento debido á la infiltración crónica del tarso, permaneciendo intacta la piel. En tal forma, la masa puede adquirir las dimensiones de un huevo de paloma.

Magni, Wecker, Estlander y Bull, vieron *gomas* de la *conjuntiva*.

Las *vías lagrimales* suelen sufrir la influencia de las lesiones de los huesos que están á su alrededor; se cree que también puede

enfermar, de un modo inicial, su revestimiento fibro-mucoso (Larebiere). Taylor refiere dos casos de infiltración gomosa de las carúnculas lagrimales.

Se ha demostrado la posibilidad de la *queratitis gomosa* en el período terciario, á consecuencia de la sífilis adquirida (Gayet y Denarié).

El iris, el cuerpo ciliar, la lente cristalina, el vítreo, etc., lo mismo que el nervio óptico, suelen estar comprometidos en el terciarismo.

Respecto al oído, se puede decir que hay una *otitis laberíntica directa*, con infiltración gomosa del periosteo y de las membranas, que sobreviene en el período secundario ó en el terciario; y, además, que existe una *otitis* análoga, *por propagación de lesiones del oído medio*. En ambos casos, se observan vértigos, náuseas, rumor, disminución del oído, acusia lenta ó casi instantánea, mayor y más pronta para los sonidos elevados, con abolición de la trasmisión á través de los huesos.

Robin vió dos casos de sífilis, en los cuales el *peñasco* enfermó antes que su contenido. La hiperostosis, la cáries, etc., del temporal, las mismas lesiones cerebrales, desempeñan un papel notable en el sentido acústico. Según Fournier, la disminución y abolición de la facultad auditiva, los ruidos auriculares y los vértigos—es decir, los elementos de la *enfermedad de Ménière*—existen á veces en el período preatáxico de la ataxia de origen sifilítico.

SÍFILIS HEREDITARIA

Cerece del accidente inicial, comienza en la vida intrauterina, puede invadir—é invade realmente—por vez primera, los órganos internos, únicos que á veces enferman; las manifestaciones del segundo período y las del tercero aparecen con frecuencia mezcladas entre sí.

La influencia de la madre sobre el feto, está fuera de toda duda. Son muchas las mujeres que, infestadas por la lactancia, ó de otro modo, aun siendo fecundadas por hombres perfectamente sanos, transmiten la sífilis al producto de la concepción. Una mujer que padece fenómenos secundarios, poco antes ó en el momento de la fecundación, si no se la trata convenientemente, suele engendrar hijos

sifilíticos. En cambio, parece que las manifestaciones terciarias no se transmiten de uno á otro de los cónyuges, y se ven muchos padres y aun madres, con grandes manifestaciones terciarias, y cuyos hijos vinieron al mundo gozando una salud envidiable. La infección se verifica también en el curso del embarazo, aunque se cree que no llega al feto hasta que pase el séptimo mes.

Importa conocer aquí una ley formulada en 1844, por el Dr. Colles, y que lleva su nombre: «Un recién nacido, enfermo de sífilis hereditaria, aunque ofrezca accidentes en la boca, no hace sobrevenir ulceraciones en la mama que le nutre, si es su madre quien lo lacta; pero puede infestar á una nodriza extraña.» Esa inmunidad aparente de la madre se explica por estado de su infección, grave ó mitigada, imperceptible (Diday) ó latente (1). Guibout, Ranke, Rostino, Scarenzio y P. Pellizzari, citan casos en los cuales los niños heredo-sifilíticos infestaron á sus propias madres por la lactancia. Profeta dice que «un niño considerado como sano, nacido de una mujer sífilítica, no corre ningún riesgo de infección por la lactancia, ni por los besos de su madre, por muy transmisibles que sean los accidentes que ésta padezca. Pero más tarde, cuando el organismo ha sido renovado por el crecimiento, este niño pierde su invulnerabilidad frente á la sífilis.»

Por nuestra parte, no creemos que pueda precisarse cuando cesa este período de refractariedad: hay casos, entre ellos uno de Arning y otro de Obtulowicz, que constituyen excepciones á dicha ley.

Generalmente en el curso del embarazo, ora esté enfermo el feto ó la madre, sobreviene en el otro sér—acaso se trata de una vacunación ó modificación atenuada, etc.—una modificación tal, que le comunica la irreceptividad para ulteriores inoculaciones. Por lo demás, influyen sobre la transmisibilidad de la enfermedad por las vías uteró-placentarias otros factores, numerosos é importantes, á saber: grado de la impregnación sífilítica, resistencia individual, edad de la afección y de los sujetos, higiene, etc. Todas éstas cuestiones exigen mucho estudio.

Se ha admitido la influencia del padre sobre el producto de la concepción, estando inmune la madre: tan cierto es ésto, que hemos visto antes la posibilidad de que los niños sífilíticos por herencia infecten á la madre que los crió. Liégeois, Fournier y Taylor han demostrado que el tratamiento mercurial aplicado al marido

(1) Caspari, en una mujer, madre de varios hijos sanos, que se hizo sífilítica por contagio de su marido y que tuvo un aborto al sexto mes, inoculó sin resultado la secreción de las placas mucosas.

salva algunas veces del aborto á la mujer; y Diday asegura haber visto una mujer que parió sucesivamente hijos sanos ó hijos sifilíticos, según el padre que los había engendrado. Algunos autores van más allá, y, para explicar la infección de ciertas embarazadas, admiten que el virus llega por el feto hijo de un sifilítico (*sífilis por concepción*) en términos que si aquellas no hubieran quedado en cinta no hubieran absorbido el veneno: éste, por su parte, atravesará la placenta lo mismo que el *virus* carbuncoso y el variólico (1). Lo cierto es que hay casos en los cuales la sífilis se declara en la mujer, al tercer mes de la gestación, con fenómenos secundarios, sin que haya precedido el accidente inicial ni tampoco preexistido la infección.

A pesar de lo expuesto, observamos todos los días en la práctica casos de hombres que fueron padres padeciendo una sífilis apenas extinguida ó una sífilis latente y aun con síntomas secundarios que revelaban una infección vecina: estando sana su mujer, obtuvieron hijos sanísimos. En cambio hay otros que, sin más que una ligera exulceración ó pápula húmeda, no siempre advertida, transmitieron á su familia la tristísima enfermedad, con todas sus amargas y miserias (2).

Ahora bien: ¿cuáles son los efectos de la sífilis de los progenitores? Uno de los más frecuentes lo constituyen los abortos numerosos, que se suceden con períodos de gestación más largos cada vez; generalmente el feto es expulsado al 3.º ó 4.º mes; puede ser, lo algo más tarde y hasta nacer á término con los signos de la sífilis. Si el nuevo sér llega á madurez, nace en ocasiones con el aspecto de salud más floreciente. Pero, entretanto, el germen del mal se multiplica, aumenta sus ataques y provoca lesiones diversas, ora en los tres primeros años de la vida (*sífilis hereditaria precoz*) ora después de este período, bien se manifieste por vez primera, bien haya llegado á esa época por manifestaciones diversas (*sífilis hereditaria tardía*).

La sífilis heredada puede sufrir las mismas evoluciones que la adquirida y durar tantos años como ésta. No deben atribuirse, en ma-

(1) Se ha podido demostrar en perras y conejillas de Indias, el indigo y el cinabrio inyectados en el sistema circulatorio de los respectivos fetos.

(2) Rumstead admite que el *virus* existe en el semen y en el óvulo, y no puede atravesar el círculo placentario-uterino.—Aubert explica la sífilis por concepción suponiendo que interviene un sífiloma intrauterino. Por nuestra parte, advertiremos que los experimentos de Mireur prueban cuando más que el semen inoculado en la piel ó bajo de ella puede no provocar la infección. Todavía no sabemos positivamente si está contenido en el semen el *virus* sifilítico, ni cuales son las mejores condiciones para su eventual incubación y actividad. Algunos hechos clínicos no pueden explicarse sin admitir la virulencia del esperma.

nera alguna á la sífilis todos los abortos. Por lo general, la sífilis precoz no se declara hasta las primeras semanas, hasta los tres primeros meses que siguen al nacimiento, y aun más tarde; así, Diday la ha visto aparecer por vez primera, á los 2 años de edad. El rápido decaimiento de los niños sífilíticos y las autopsias llevadas á cabo enseñan que las vísceras y el esqueleto pueden enfermar más pronto y de una manera más grave que la piel y las mucosas asequibles.

La sífilis hereditaria tardía, ora entre en acción por vez primera después del tercer año, ora venga precedida por manifestaciones del mismo origen, representa siempre los frutos de una infección lejana; sus manifestaciones son pues, casi necesariamente, las de la sífilis terciaria. En virtud de crisis sucesivas, ó *d' emblée* (como dicen los franceses) se encuentra en individuos de 20, 40 y hasta 65 años. Se halla constituida por fenómenos clínicos que hace algunos años pasaban por escrofulosos ó raquíticos y que aún hoy refieren ciertos médicos á contagios criminales ó accidentales. En realidad la falta de memoria, la ignorancia y hasta el fraude no siempre permiten interpretarlos bien. Con todo, ciertos caracteres hacen pensar en la herencia específica, y además la falta de accidente inicial comprueba que tales fenómenos han tenido su origen en la vida intrauterina.

Alguno recurre con la mente á la sífilis que el niño podría contraer al atravesar los genitales maternos en el momento del parto (*sífilis congénita?*) pero en tésis general, este modo de infección, admitido por Weill y Grünfeld, no puede verificarse, no sólo porque es difícil que el niño presente al nacer, vías oportunas para el contagio, ni porque los genitales de la madre hayan sido lavados previamente con el agua del amnios, ni porque el feto este envuelto por un barniz sebáceo protector...; sino porque está libre de la contaminación desde el momento que ya la lleva consigo.

La sífilis que el niño adquiere en la primera infancia y en la cual pueden observarse los dos primeros períodos ó tener noticia de ellos, teniendo un curso ménos grave, y faltando algunas particularidades morfológicas y anatómicas que muy pronto estudiaremos... no puede considerarse como hereditaria.

Los casos de sífilis hereditaria tardía son bastante raros. Para que podamos aceptarlos como tales, deben reunir tres condiciones: que los síntomas observados sean realmente sífilíticos; que se halle bien establecido que el sujeto no ha tenido en su vida ningún contagio, y que los padres, ó por lo menos uno de ellos, padecieran la sífilis en la época de la concepción.

La sífilis hereditaria tardía suele ser menos temible para la vida que la precoz.

Sintomatología.—Trabajos muy recientes obligan á considerar, como muy comunes, las lesiones de la *placenta*. La *endometritis placentaria* gomosa y la *placentitis intersticial difusa* terminada por esclerosis, han sido observadas muchas veces. El *hidramnios* parece ser alguna vez consecutivo á la infección.

[El diagnóstico de la sífilis hereditaria, tanto en el recién nacido como en el feto, no es siempre fácil, pues no se presenta ésta con un síntoma único y patognomónico, y es necesario la reunión de varios para tener alguna seguridad en el diagnóstico. Con mucha oportunidad, dice el distinguido profesor Jonathas Hutchinson, refiriéndose al diagnóstico en el feto, que se considera á menudo demasiado ligeramente, que si un feto muerto presenta una piel fácil de levantarse y está como encogido, es probablemente víctima de la sífilis; semejantes particularidades son comunes cuando la muerte ha ocurrido largo tiempo antes de la expulsión; y que la creencia de que los abortos ó partos prematuros implican sífilis, ha merecido más crédito del que realmente se le puede dar en vista de los hechos, pues los abortos son comunes por otras muchísimas causas, y es seguro que muchas madres que padecen sífilis graves, conducen sus hijos fácilmente á término librándolos en condiciones viables.

El reconocimiento de la enfermedad en un feto muerto y tal vez en descomposición, es cosa sumamente difícil é incierta. En cuanto á la existencia de señales de sífiles en los niños vivos que nacen á su debido tiempo, no es unánime el parecer de los más experimentados médicos. Diday, que ha tenido numerosas ocasiones de hacer observaciones en este sentido, dice que no ha visto señales de sífilis presentadas en el nacimiento; en cambio, Astley Cooper, asegura haber conocido varias criaturas que nacieron con erupciones de color cobrizo en las palmas de las manos y en el dorso; el Sr. Hutchinson, dice, que no ha visto ningún niño que naciera con una erupción sífilítica; sin embargo, hay que convenir que algunas veces se ven, aunque muy raros semejantes enjendros; y los Sres. Rodelet, Doublet, Gilbert, Guerard, Landman, etc., hacen mención de casos en que los niños nacieron con erupciones características. En cuanto á la sífilis visceral, como del hígado, bazo, etc., se ha reconocido que el veneno había trabajado activamente en el organismo fetal durante la vida intrauterina.

Cuanto al reconocimiento de la sífilis hereditaria á la edad de cuatro semanas á dos meses es bastante fácil.

Cuando un niño presente al poco de nacer—dice en un trabajo muy reciente el profesor Sevestre (1)—vejigas en el dorso de las manos y plantas de los piés, es casi seguro que se trata de un niño sifilítico.

Hay que proceder con método en el reconocimiento de los niños para que no pasen desapercibidos ningún síntoma y poderlos agrupar para tener más certeza en el diagnóstico.

Hay unos que nacen con todos los atributos de la salud más perfecta y esta apariencia de salud durante un tiempo no muy largo no deja de ser interrumpida por manifestaciones no dudosas.

Otros presentan esa apariencia de viejos, caracteres de decrepitud asignadas por Lanman y otros observadores.—H. B.]

El niño puede enfermar en la piel, en las mucosas, en los órganos de los sentidos, en los huesos y en las víceras.

En la *piel* se notan: la *roseola* que interesa la cara, el cuello y sobre todo la palma de las manos, donde parece prepara el terreno á lesiones más graves, y que ordinariamente es fugaz; las *pápulas secas* y las *húmedas*, éstas últimas, más frecuentes, se erosionan muchas veces, dejan indicios pigmentarios y se extienden por las nalgas, alrededor de los genitales, etc.; las *pápulo-vesículas* en la frente y en las superficies palmares y plantares; el *pénfigo*, que suele ser y es realmente sifilítico si el niño procede de padres sifilíticos, si aparece en el feto nacido muerto ó en los primeros quince días de la vida, con lesiones terciarias viscerales simultáneas, siendo su sitio de elección las superficies palmar y plantar: indica una saturación sifilítica grave, casi insuperable. También se encuentran el *impétigo*, el *ectima*, los *tubérculos*, algunas veces invadidos por la ulceración profunda y el fagedenismo. Los *gomas* son más propios de la sífilis hereditaria tardía; la *onixis seca* y la *ulcerosa* de la sífilis

Oldmanson y Wintrel encontraron estenosis de la vena umbilical en el cordón de algunos fetos macerados, cuya muerte atribuyóse á la sífilis. Hirschfeld, que también observó este hecho, opina que depende de alteraciones semejantes á las que se encontraron en las arterias. Behrend (1878) describió casos de *púrpura cutánea* y de *onfalorragia*, producidos por la sífilis. Bumstead recogió casos de *sífilis hemorrágica* en recién nacidos. Las hemorragias pueden verificarse en las

(1) *Le Progrés Medical*. Febrero 1889.

serosas y en las vísceras, pero son más frecuentes en la piel y en las mucosas (1).

Las mucosas enferman por sífilis hereditaria con menos frecuencia que la piel.

En los *labios* aparecen grietas profundas, dolorosas, capaces de producir el contagio y dejar cicatrices indelebles. En las comisuras labiales, son frecuentes las placas mucosas.

En la *boca* y en la *lengua* no faltan casos de placas y ulceraciones, que se distinguen fácilmente de las estomatitis úlcero-membranosas comunes, que son frecuentes en los niños poco limpios—existentes ó no dientes—y que se hallan caracterizadas por ulceraciones múltiples, extensas, de contorno sonrosado, fondo grisáceo y que sangra con facilidad. El muguet forma estratificaciones que se separan fácilmente por el roce, quedando la mucosa completamente sana; además, en la materia que se elimina puede verse el *oidium alvicans*.

El *coriza*, que no suele presentarse como manifestación única, constituye una de las más frecuentes entre las primeras. La membrana de Schneider, sobre todo la que cubre el tabique cartilaginoso, se enrojece, se hincha, el epitelio se enturbia y desprende. La secreción, al principio acuosa, se hace mucosa, densa, purulenta, icorosa. El contorno de la nariz se hincha, se llena de erosiones, se incrusta, la inflamación interesa el labio superior. La secreción que se estanca y deseca, hace impermeable la nariz. El niño que mama debe dejar á menudo el pezón para respirar y se ve obligado á dormir con la boca abierta. La dificultad que el niño experimenta para mamar y dormir, contribuye á depauperar sus fuerzas. Entre 200 casos, Parrot, vió una sola vez la necrosis de los huesos nasales, Zeissl y Neuman citan casos análogos.

[El coriza es un síntoma de gran significación diagnóstica, que generalmente nunca falta, puede tomarse por un coriza simplemente catarral, pero es fácil distinguirlos, éste es más agudo y más superficial, limitándose su acción á la mucosa; en cambio, aquél tiene un carácter crónico, y los trastornos y desórdenes que ocasiona son profundos, pues llegan hasta destruir los huesos de la nariz y ésta se

(1) También en los adultos se observa en varias ocasiones, erupciones secundarias acompañadas de efusión hemorrágica alrededor ó dentro de la substancia de la lesión. También hablan de tales *hemorragias cutáneas* producidas por la sífilis Balz, que vió dos casos (1865) Bumstead un caso y Horowitz (1886) tres.

deprime, se achata de una manera permanente, trayendo en pos de sí los desórdenes que suelen acompañar á éste defecto.—H. B.]

Infiltraciones y exulceraciones análogas se declaran en las partes superiores y posteriores de la nariz y comprometen la *faringe*. Se han visto gotas de pus que ocupaban el *oído medio*.

En la laringe se han observado eritemas y erosiones; Parrot y Rogervieron una ulceración á través de la cual aparecía denudado un cartílago. Fränk y Jürgens refieren además un caso de pericondritis con estenosis laríngea. En enfermos de sífilis hereditaria tardía, Parker encontró dos veces pápulas húmedas; Eros un goma sobre una cuerda vocal; Simon, en una niña muerta, de 5 años, vió que la epiglótis estaba deformada, ulcerada y ocluída casi por completo la entrada de la laringe; y una hermana de esta misma niña padeció laringo-estenosis y murió á los 3 años. En dos casos de Percy Kidd y seis de Leffertes, en individuos de 10 á 18 años, había destrucción total de la epiglótis y estenosis de la parte superior de la laringe.

En una enfermita de 2 años, Rafinesque encontró una estenosis de la *tráquea*. Sturge, en un niño de 2 años y medio, vió que las cuerdas vocales verdaderas y falsas estaban destruídas y reemplazadas por un tejido cicatricial.

Woronichin encontró una ulceración que ocupaba el *bronquio* derecho y la parte contigua de la *tráquea*, en un niño de 14 meses.

En los *pulmones*, mejor que la forma gomosa, se encuentra la intersticial productiva, que conduce á la hepatización difusa y circunscrita.

En la mucosa del *estómago*, Oser ha visto pequeñas masas blancas, y también nódulos unidos íntimamente.

El *intestino* se encontró muchas veces con síntomas de terciarismo. Las alteraciones neoplásicas, ulcerosas ó esclerosas, existían con frecuencia al nivel de las placas de Peyero. Algunas veces sobrevienen perforaciones del intestino. La inflamación puede sostener una diarrea, que muchas veces es fatal.

El *hígado*, además de las formas de inflamación intersticial y gomosa, padece con frecuencia la *periflebitis* (vena porta) *sifilítica*, descrita por Schüppel. La ictericia, el meteorismo, el engrosamiento del bazo, las enterorragias, son sus síntomas.

El *páncreas* puede padecer asimismo la forma intersticial y la gomosa.

El *corazón*, los vasos arterio-venosos y linfáticos, las glándulas sanguíneas incluso el timo; los riñones, los testículos, los ovarios, etc.; el cerebro y la médula, las meninges, los nervios cerebro-espinales, etc., padecen en ocasiones la misma enfermedad.

Sin duda alguna, ciertos casos de parálisis del motor ocular y del óptico, de hemiplegia, paraplegia, convulsiones é hidrocéfalo, pueden atribuirse á la sífilis. La sífilis tardía suele manifestarse con síntomas de *meningitis crónica* llamada simple (Dreyfoüs); de *paquimeningitis hemorrágica* (Hübner) con alteraciones cerebrales de forma epiléptica, cefalálgica y aun mental.

De-Lucca ha publicado la observación de un niño sifilítico, de 21 meses, que enfermó de *parálisis infantil*, la cual podía atribuirse fundadamente á la sífilis.

[En muchos niños se presenta movilidad difícil, una *paresia* que á veces se convierte en inmovilidad completa, *pseudo-parálisis* sifilítica de las extremidades torácicas; otras veces (aunque con menos frecuencia) de las extremidades abdominales, y algunas, aunque raras, en las cuatro extremidades; los movimientos son dolorosos, difíciles y á veces imposibles; suele coincidir muchas veces esta paresia con la tumefacción epifisaria obscura. Bednar conceptúa esta paresia como una afección *miopática*, haciéndola derivar de un estado de flacidez de la musculatura. Las investigaciones anatómicas de Wegner tienden á demostrar que se trata de un proceso en la osificación de los huesos largos, que hace que la diáfisis tienda á separarse de la epífisis, cosa que se efectúa en algunos casos; esto es debido á un proceso de naturaleza *gomosa*, ó sea una gran neoplasia celular que, comprimiendo los vasos, da lugar á la muerte del tejido intermedio, y por lo tanto, á la separación mútua de diáfisis y epífisis. Se presenta con más ó menos intensidad en casi todos los niños sifilíticos, tanto recién nacidos como de mayor edad. Henoch (1) dice que, sea ó no exacta esta interpretación, siempre queda en pié el dato *clínico* importante de que se trata de un proceso patológico en el límite de la epífisis que, si bien es cierto que únicamente en el *menor número* de casos proveen síntomas ostensibles *durante la vida*, como la tumefacción, el dolor, la inmovilidad, no puede desdeñarse de ningún modo su influencia sobre los movimientos de los miembros correspondientes aun en aquellos casos en que falten otros síntomas. Tanto esta manifestación como la tumefacción de los huesos, suele desaparecer con gran rapidez á beneficio del tratamiento específico.—H. B.]

Moncorvo demostró que la *esclerosis multilocular* puede atacar á individuos muy jóvenes y ser expresión de la sífilis hereditaria,

(1) *Loc. cit.*

precoz ó tardía. En un caso de *mielitis transversa aguda*, sospechó que se trataba de una infección hereditaria, y con el tratamiento específico salvó al pequeño enfermo. Hasta hoy se han recogido 7 casos de tabes (Eulenburg, Hallis, Leubuscher, Jacobowitsch y Remak) atribuidos á sífilis de los padres, en personas de 9 a 16 años, de ellas cinco del sexo masculino.

En estos últimos años se ha formulado un método especial para el estudio del órgano de la vista y del oído en los niños sifilíticos, lo mismo que para los dientes y los huesos.

El ojo no suele padecer la *iritis*: las vejetaciones que en él aparecen comprometen algunas veces el campo pupilar. Las enfermedades de los medios profundos requieren ulteriores estudios. La *queratitis intersticial difusa*, con frecuencia binocular, puede ser provocada por la sífilis, lo mismo que por la escrófula, el raquitismo y la atrepsia. Consiste en una opacidad ligera, de color azulado-grisáceo, que parece localizada en el centro de la córnea y en las capas subepiteliales. Con la iluminación lateral, se vé una gran cantidad de pequeños puntos más ó menos oscuros. La afección se desarrolla de un modo lento, ciertos puntos curan y enferman otros; no hay ningún trastorno, excepto la disminución de la vista. A menudo sobrevienen ligeros nefelios, y es posible una lenta *restitutio ad integrum*. Cada vez se van aproximando más los sifiliógrafos de los diversos países al concepto de Hutchinson, quien considera que estas queratitis, unidas á ciertas alteraciones auditivas y dentales, que describiremos, son características de la sífilis hereditaria, forman el *trípode patognomónico*.

El oído puede estar comprometido por parte de lesiones guturales que penetran en la trompa, y por ésta en la caja. La *otitis media supurativa* es particular de la segunda infancia. Sin síntomas agudos, sin dolor, sin lesiones del oído externo, se establece una otorrea. Por el examen detenido se encuentra uno ó más agujeros de la membrana del tímpano y algunas veces su destrucción total, con caries de los huesecillos, que son eliminados cuando la enfermedad ha durado algunos meses.

Al aproximarse la pubertad, sobre todo en las niñas, bruscamente ó por grados sucesivos, se establece á veces en pocas semanas, con sensación de vértigos y ruidos varios, sin lesión apreciable, una *cofosis* más ó menos completa, casi siempre irremediable, que Kipp atribuye á lesiones del laberinto y del suelo del 4.º ventrículo.

Los *dientes* se deforman con mucha frecuencia en los heredo-sifilíticos. Hutchinson declara que algunas deformidades (como la erosión semilunar de los incisivos internos superiores) constituyen una demostración perentoria de la sífilis hereditaria. Es positivo que á menudo se encuentran en los hijos de sifilíticos vicios en la forma de los dientes, unidos á otras lesiones específicas, y que la queratitis parenquimatosa coincide con las primeras unas 60 veces por cada 100. Sin embargo, es innegable que los dientes aparecen también deformados en niños no infectos, lo mismo que en animales absolutamente refractarios á la sífilis (toros, caballos, perros, elefantes, hipopótamos); que graves desórdenes nutricios en la infancia llegan á provocar la erosión misma; es cierto también que entre tales causas ocupa la sífilis un lugar preponderante. Dejando á un lado ciertos casos raros, en los cuales se han encontrado deformes los *dientes caducos*, en los *permanentes*, es decir, en los de la segunda dentición, se ha visto en los sujetos sifilíticos el *retraso en la evolución*, que llegó del 4.º al 12º año, y varias *deformidades*.

Estas son casi siempre múltiples, simétricas; invaden, por orden de frecuencia, los primeros gruesos molares, los incisivos, los caninos y los molares falsos; el segundo y tercer gruesos molares se ven libres casi siempre. Pueden presentar *erosiones*, *microdontismo*, *amorfismo* (es decir, una monstruosidad completamente fuera del tipo normal) una *vulnerabilidad* particular y mayor caducidad.

Se designa con el nombre impropio de *erosión dental* un defecto parcial en el diente del esmalte y algunas veces del marfil, de donde resulta un hundimiento, un aplanamiento notable, que procede de una distrofia transitoria por causa general, en el momento de formación del diente, á *expensas del cuerpo del diente ó de su extremidad libre*.

En el primer caso tendremos:

1.º *Erosión en cúpula*, cuando hay una depresión en forma cuspular en la superficie de la corona; ataca uno ó más puntos, especialmente los incisivos internos superiores;

2.º *Erosión en faceta*, cuando la corona presenta una superficie como si hubiese obrado sobre la convexidad una lima recta.

3.º *Erosión en surcos ó atrofia dental sulciforme*, de Parrot, cuando los dientes ofrecen surcos trasversales, que disponen la corona en planos y gradas sobrepuestas.

4.º *Erosión extensa*, cuando existe la exageración de uno de los vicios precedentes, que modifica más profundamente el aspecto del diente.

En el segundo caso resulta la *atrofia cuspidiana*, de Parrot, cuando la falta de desarrollo se limita al tercio ó cuarto superior de la corona, en términos que, examinando el diente parece constituido por un diente terminal pequeño, sobrepuesto á otro mayor (Magitot).

Algunas de las lesiones de los *huesos* que sobrevienen en los here-do-sifilíticos, inflamatorias ó gómosas, son idénticas á las que se ven en la sífilis adquirida; en cambio otras expresan una perturbación en la actividad de las partes, ó durante el desarrollo y crecimiento de los huesos mismos, ó son especiales de la intoxicación que ha ido fraguándose durante la vida endo-uterina.

Las lesiones del *cráneo* son muy frecuentes; pueden ser *ulcerosas* á *osteofíticas*. La forma ulcerosa ó *craniotabes* se ve ante todo en la primera infancia; es rara en la cara interna del hueso, donde las lesiones son menos extensas y menos profundas. Las lesiones de la cara externa, si se desarrollan en la vida intrauterina, se hallan colocadas á lo largo de la sutura sagital, y si en la extrauterina, á lo largo de la lambdoidea.

Existen y predominan generalmente en el lado opuesto al del decúbito habitual del niño. Representan pérdidas de substancia, como si se hubieran hecho con las uñas, ó bien son erosiones difusas múltiples, con contornos irregulares porosos en algunos puntos. A menudo van precedidas de cierta rarefacción del hueso.

En ocasiones, pasan de una á otra parte la escama ósea, siendo tanto más profundas cuanto más circunscritas (1). La pérdida de substancia no es apreciable en el hueso fresco, porque está lleno de una materia blanda, rosácea, que en contacto del aire se deseca y reduce á una especie de barniz amarillento. La forma osteofítica se observa sobre todo en la hoja interna y en las partes no expuestas á compresiones (excavaciones frontal y parietal.)

En niños de edad más avanzada, los osteofitos residen algunas veces sobre el esternón. Lo mismo que los desgastes y perforaciones del cráneo, los osteofitos se desarrollan de un modo simétrico alrededor de las eminencias frontales y parietales, junto á los ángulos peribregmáticos y á lo largo de las suturas. No residen nunca en el occipital (Parrot); tienen aspecto esponjoso, sus fibras caen perpendiculares sobre la superficie del hueso. Naturalmente, tales exuberancias ocasionan deformaciones óseas particulares; casi, por

(1) Según algunos autores, los desgastes y perforaciones sífilíticas comienzan siempre por la hoja externa, mientras que las debidas á la atresia comienzan siempre por el lado interno, en los puntos en que ejerce presión el cerebro.

ejemplo, las partes laterales fronto-parietales, pueden adquirir un gran desarrollo, mientras que en la línea media los huesos aparecen deprimidos y así surge una entidad que, por su aspecto, se ha llamado *cráneo natiforme* (Parrot).

[Siendo los osteofitos sobre los huesos del cráneo algo frecuentes, hay que investigar si ha tenido el niño cefalomatoma, porque en la base de este tumor se suele presentar un círculo óseo más ó menos completo y abultado, que es un verdadero *osteofito* y que persiste por bastante tiempo después de haberse reabsorbido el derrame de sangre y estar curado el cefalomatoma; en este caso, este osteofito podría creerse que era de naturaleza sifilítica; un caso notable de este género he publicado recientemente (1).

Las lesiones óseas de naturaleza sifilítica en los niños han sido estudiadas por varios observadores, la exostosis, la periostitis, etcétera, etc.; pero los profesores Taylor, de Nueva-York; Wegner, de Berlín, y Parrot, de París, son los que han demostrado que estas lesiones óseas son en realidad muy frecuentes en las primeras edades; el profesor Hutchinson ha reconocido también la frecuencia de estas lesiones; los estudios que Barlow y Lees hicieron sobre los hechos expuestos por Parrot, han confirmado la exactitud de éstos.

La dificultad que ofrece la interpretación de estos síntomas, es la semejanza que algunas lesiones óseas sifilíticas tienen con el raquitismo y escrofulismo; por regla general, dice Hutchison, los de la sífilis se presentan á más temprana edad con síntomas más marcados de inflamación y sin ir acompañados de otros fenómenos del raquitismo, como sudores profusos de la cabeza y nudosidades en los cartílagos costales (rosario raquíptico), y en el escrofulismo no hay ese tinte de caquexia, esa desnutrición que casi siempre acompaña á la sífilis en los niños recién nacidos y muy pequeños.—H. B.]

También puede sobrevenir la *sinostosis* precoz de los huesos craneanos, de donde resultan deformidades, *microcefalia* y consiguiendo idiotismo (2).

Algunas veces la distrofia sifilítica, en vez de la osificación más activa, conduce á una producción más lánguida; es decir, que en vez de nutrir *más* al hueso lo nutre *menos*, de donde resultan suturas pre-

(1) Véase *Archivos de medicina y cirugía de los niños*, Revista mensual de pediatría, dirigida por los Dres. González Alvarez y Hernández Briz, número del mes de Marzo de 1889. y *La Medicina práctica*, núm. 38.

(2) En un caso de este género, el cerebro de un enfermito de Parrot, pesaba 777 gramos, cuando debía haber pesado 8 ó 900.

ternormales, fisuras, huesos vормianos, entre los cuales es notable el *hueso espectral*, que se separa de la escama del temporal (1).

El pericráneo está casi siempre sano ó poco alterado: la base del cráneo lo está siempre menos que la bóveda: el enrarecimiento ó rarefacción es la lesión más frecuente.

En la *cara*, están casi siempre comprometidos los maxilares.

De los *huesos del tronco y de los miembros*, los largos padecen con más frecuencia que los otros (2). Las lesiones suelen ser simétricas ó repartidas por varios huesos.

Las osteopatías elementales han sido clasificadas por Parrot en la forma siguiente, según su importancia y frecuencia:

- 1.º *periostogenesis*, que comprende la *osteogenesis* y la *fibrogenesis*, á menudo combinadas entre sí;
- 2.º la *medulogenesis* ó *medulización de la substancia compacta*;
- 3.º la *condrocalcosis*;
- 4.º la *transformación gelatiniforme*.

La *periostogenesis* se desarrolla en todas las edades y aun durante la vida endo-uterina. El periosteo se halla engrosado en los puntos en que más comprometido está el hueso; alejado aquél, queda el hueso más voluminoso y más pesado. Se le ve cubierto de substancia osteoide muy porosa, osteoítica. La *periostogenesis* prefiere: el húmero, en los dos tercios inferiores y en la cara posterior; el cúbito, en sus dos tercios superiores; el fémur, en su porción anterior externa; la tibia en su cara interna, especialmente en su parte media. Sobre todo cuando el niño ha pasado del sexto mes de vida, interviene la *fibrogenesis*, que con un revestimiento conjuntivo rodea los osteofitos y da tal ó cual forma al hueso.

La *medulogenesis* puede seguir á la *periostogenesis*, pero en los sujetos muy jóvenes aparece sola. Consiste en que entre la diáfisis normal y el tejido osteoide adjunto, se agrandan los antiguos conductos medulares y se forman otros nuevos, mientras que necesariamente sobreviene un enrarecimiento y abolición de la substancia ósea patológica y aun normal. El tejido óseo, en parte ó por completo, es sustituido por un tejido que tiene los caracteres de la médula ósea: el hueso, así debilitado, puede sufrir infracciones y fracturas llamadas espontáneas.

(1) Parrot lo encontró 15 á 20 veces entre 200 heredo-sifilíticos, y solo 4 ó 5 entre 100 cráneos de individuos no sifilíticos.

(2) Jullien y Parrot creen que el hueso que con más frecuencia padece es el húmero; en cambio Fournier, entre 193 huesos enfermos, encontró la tibia interesada 91 veces, el cúbito 22, el radio 15, el húmero 12 y los huesos del cráneo 16.

Respecto á la *condrocalcosis*, conviene tener en cuenta que en estado normal, entre el cartílago epifisario y la diáfisis, hay una capa azulada, de medio á un milímetro de grosor, que es la capa *esponjoide* de Broca, *osiforme* de Ranvier, *condro-calcárea* de Parrot, en la cual los primeros indicios de substancia fundamental cartilaginosa se incrustan de sales calcáreas. Ahora bien, en los heredo-sifilíticos esta capa puede llegar á tener 1 ó 2 milímetros de grosor; puede cubrir una superficie plana; pero también suele enviar á los cartílagos epifisarios y á las extremidades de la diáfisis prolongaciones de número, forma y longitud variables, que aumentan todavía su grosor. Esta capa es muy frágil, y así se explica la frecuencia de las fracturas en los niños heredo-sifilíticos. La condro calcosis coincide á veces con producciones osteofíticas, no atacada aun por la medulización.

Se designa con el nombre de *transformación gelatiniforme* el paso de la substancia ósea normal ó patológica á una papilla amarillenta, compuesta de vasos, detritus, células medulares y grasa. Sólo la capa condro-calcárea resiste á esta degeneración, que interesa, particularmente, el tejido esponjoso de las extremidades de la diáfisis; de aquí resulta también la fácil separación de éstas y las epífisis, las fracturas espontáneas y también ciertas parálisis infantiles.

C. Pellizari y Tafani tienen el mérito de haber descubierto por vez primera las *fracturas é infracciones simétricas en las diáfisis costales* de los niños heredo-sifilíticos. En tales casos, la ninguna desviación de los fragmentos, la integridad del periosteo, la grasa, etc., pueden ocultar la fractura. La movilidad anormal, el color amarillo ó rojo-sucio en la parte afecta, examinada á trasluz, y cierta transparencia permiten apreciar la lesión, ora se trata de una interrupción completa de la substancia ósea, ora esté todavía sana una cara del hueso (*infracción*). Suelen estar un poco por delante de la línea media, hallándose también expuestas, en ocasiones, las costillas verdaderas, excepto las primeras.

Las alteraciones descritas hasta ahora, han sido menos estudiadas en los huesos largos.

Las osteopatías que la sífilis hereditaria comparte con la adquirida, se ven en diversas edades (Fournier, entre 90 osteopáticos, encontró cinco de 3 á 5 años; cincuenta y cuatro de 5 á 12; veinticuatro de 13 á 19 y siete de 19 á 28), y tienen por caracteres comunes: la simultaneidad en varios sitios; el atacar un hueso; por ejemplo, la tibia, previamente incurvado, deformado; residen en la diáfisis; junto á las epífisis; se extienden por una gran porción del hueso; falta

toda la lesión ganglionar; al mismo tiempo las vísceras están casi siempre íntegras. La forma más frecuente es la de tumefacción difusa (*periostosis* ó *hiperostosis*), con aumento de volumen del segmento enfermo. Algunas veces existen localizaciones limitadas á un punto del frontal ó de la tibia, donde se ve una especie de tumor nudoso, un *exostosis*.

La *osteo-mielitis* de los huesos del metacarpo y de las falanges (*spina ventosa*), á veces dolorosa en las horas de la noche, es una manifestación algo común de la sífilis hereditaria tardía.

Un estudio de las osteopatías descritas, indujo á Parrot á afirmar que «el raquitismo es un accidente de la sífilis.... aun el raquitismo sin sífilis (1). Con todo, hay países (Antillas, Méjico, Java, China, Japón) en los cuales la sífilis es muy frecuente, y el raquitismo escaso, casi nulo; además, es fácil producir el raquitismo en los animales, y además Demme, entre 648 niños asistidos en Berna, intentó en vano, en muchos de ellos, encontrar tuberculosis ó de sífilis en los progenitores. Otro tanto hizo Cazin con 49 raquícticos, y Pini asegura que la sífilis no entra como factor de importancia apreciable en la etiología del raquitismo.

Por lo demás, hay que tener en cuenta, que los raquícticos pueden muy bien adquirir la sífilis. Las fricciones mercuriales, el iodoro de potásico, el jarabe de Gibert, agravan el raquitismo, que encuentra en los medios higiénicos y en una sana alimentación sus principales correctivos.

También en la sífilis hereditaria se han visto la *hidrartrosis*, la *sinovitis* y *perisinovitis gomosa*, las *osteopatías articulares*: se ha observado asimismo una *poliartritis purulenta* (Lee, Carrington), y la variedad *deformante* (Méricamp).

[Las uñas suelen también deformarse en los niños sífilíticos como si se los hubiera pellizcado lateralmente.

El exámen del ano ofrece una importancia grande, en el se encuentran las plaças mucosas y los condilomas que son típicos: ciertas erupciones que se presentan alrededor de las márgenes del ano y en la parte saliente de los glúteos suelen también tener algún valor, pero se pueden confundir con erupciones que cuando los niños tienen diarrea un poco ácida, basta en este caso combatir la diarrea, la mucha limpieza y los polvos emolientes para que esta erupción desaparezca si no es de índole específica. H. B.]

(1) Gehrardt, *Tratado clínico de las enfermedades de los niños*, edición española con notas del Dr. González Álvarez.—Madrid, Robles y Compañía, 1889.

La sífilis hereditaria, pues, presenta en cierto modo el cuadro sinóptico de las lesiones constitucionales de toda especie y de toda edad que constituyen la sífilis de los adultos; además, ofrece formas que, tomando parte en su desarrollo, le confieren una fisonomía particular.

No pocas veces la sífilis mata al pequeño sér cuando todavía se halla en el claustro materno: con gran frecuencia determina una serie continúa de abortos, en épocas cada vez más avanzadas. El parto prematuro de fetos muertos, el parto á término de un feto muerto ó no viable, ceden su puesto, á los 3 ó 10 años de contagio, al parto normal de niños dotados de suficiente funcionalidad orgánica y de aspecto sano, pero que á las tres ó cuatro semanas comienza á manifestar las consecuencias de la sífilis heredada. Las manifestaciones precoces suelen aparecer, por vez primera, en los tres meses que siguen al nacimiento.

En pocos días el recién nacido se torna pálido, térreo, como *envejecido*, lleno de arrugas, se hace semejante á un pequeño viejo (*Jam fatalem typum insculpsit senectus maxime precox*). Tal decrepitud puede durar, aun cuando aparezcan las manifestaciones específicas externas, hasta pocos días antes de la muerte: se halla en relación, no tanto con las lesiones visibles, como con las profundas que dificultan notablemente el trabajo de asimilación. El linfatismo, la escrófula, el raquitismo, etc., se desarrollan fácilmente en un terreno en que la anemia, la insuficiente y pésima nutrición debilitan las energías vitales.

Si las personas han estado mucho tiempo atormentadas por la sífilis y descuidan las precauciones convenientes para la curación, sus descendientes suelen padecer una enfermedad que tiene todos los caracteres del vicio escrofuloso (Alibert).

La sífilis de los progenitores es causa de que vengan al mundo niños escrofulosos y raquíticos (Astruc).

Hufeland llamó la escrófula *sífilis larvada*, y Mackenzie la considera una *sífilis modificada en su segunda generación*.

Devergie opina que la mayor parte de los niños que comienzan á padecer la escrófula á los 8 ó 10 años, tuvieron padres ó abuelos sífilíticos.

Ricord asegura que los hijos de padres que se hallan en el período terciario, presentan síntomas que pueden referirse á la escrófula.

La debilitación, como elemento predisponente, la sífilis tardía

como interpretación más justa, han modificado hoy tales conceptos (1).

La sífilis fetal no suele agotarse después de una primera aparición, sino que se manifiesta sucesivamente en uno, dos ó más años, hasta que sobreviene la muerte.

La anamnesis de los progenitores; la edad del niño; la gran frecuencia de la pápula húmeda; los sifilodermas que aparecen, por orden de frecuencia, en las nalgas, los muslos, al rededor del ano, en la región sacro-coxígea, los grandes labios, el escroto, la cara, la planta de los piés y la palma de las manos; el ser la erupción apirética, polimorfa, lenta, no pruriginosa, fácil de ulcerarse... son circunstancias que aclararán el *diagnóstico*.

Cuando el enfermito ha conseguido vencer el primero al tercer año de la vida y aun más, algunos datos morfológicos y patológicos pueden denunciar el estado diatésico latente. Cada una de esas particularidades, en número variable según los casos, no representa afirmaciones patognomónicas, pero su conjunto ofrece un gran valor, que las hace muy útiles para el diagnóstico.

Fournier las coordina del modo siguiente:

- 1.º Constitución *habitus, facies*, delicados, nunca escrofulosos.
- 2.º Retardo, imperfección, suspensión de desarrollo físico, infantilismo, etc.
- 3.º Deformidades cranianas y nasales, frente prominente en su totalidad ó bien en los lados, cráneo asimétrico, etc.
- 4.º Deformidad del tronco y de los miembros, tumefacción, incurvaciones tibiales, etc.
- 5.º Indicios cicatriciales de la piel y de las mucosas, grandes, policíclicos, en las comisuras labiales, en las nalgas, en la garganta.
- 6.º Lesiones oculares.
- 7.º Lesiones ó trastornos del órgano auditivo.
- 8.º Deformidades dentarias.
- 9.º Lesiones de los testículos; atrofia esclerosa; suspensión del desarrollo.

La sífilis es una de las más poderosas causas de aborto, de parto prematuro, de mortalidad en la infancia; mata con mucha más frecuencia de lo que se cree, á veces cuando menos se sospecha. Las manifestaciones internas, si no perjudican las fuentes de vida en los

(1) Consúltese la notable obra de *Enfermedades de los niños*, por Gerhardt, antes citada, y las oportunísimas notas (entre ellas una acerca de la *escrofulosis*) con que la ha adicionado el Dr. González Alvarez.—(N. del T.)

primeros tiempos, es lo cierto que ejercen un tristísimo influjo. Los tratamientos nulos ó insuficientes, ó no repetidos durante muchos años, la falta de una vigilancia escrupulosa y de condiciones higiénico-dietéticas oportunas, son causa de una mortalidad, que Ferrari y Fournier calculan en el 77 por 100, cifra que nosotros calculamos más bien inferior que superior á la verdad.

La sífilis que entra en un tálamo por descuido ó ignorancia, por ligereza ó bestialidad, adquiere en él carta de naturaleza y lo envenena con una serie de miserias físicas y morales. El médico tiene la misión de vigilar la salud de los esposos y precaver con tiempo la de los hijos. Los consejos higiénicos son tanto más necesarios cuanto que la ignorancia ó la debilidad se convierten muchas veces en complicidad.

No siempre es el hombre el que lleva á la familia las condiciones sífilíticas, pero lo es las más de las veces. No se permitirá el matrimonio á los que se encuentren con accidentes contagiosos del primero y segundo período, á aquellos cuyo porvenir se encuentre amenazado por la evolución de una sífilis terciaria rebelde, con manifestaciones cutáneas ó viscerales. Deben transcurrir dos años, por lo menos, desde las últimas manifestaciones contagiosas; debe aplicarse un tratamiento antisifilítico suficiente; por pocas dudas que deje una sífilis anterior, se podrán dedicar las semanas anteriores al matrimonio á un tratamiento apropiado, al *tratamiento del padre de familia*, como dice Diday.

Al individuo enfermo se le expondrán con claridad los peligros de una transmisión, cuyas consecuencias no siempre pueden preverse. Se ven muchas veces erosiones casi insignificantes, fugaces, en los labios del marido, que envenenan la salud de la mujer y de los hijos.

Las medidas de precaución deben ser todavía más rigurosas cuando está infecta la mujer.

Realizado el matrimonio, el hombre, al cual corresponde la alta dirección de ciertos asuntos, debe estar convencido de la necesidad de un tratamiento apropiado y de impedir en absoluto la fecundación.

Algunas veces el tratamiento del marido ya infecto, ha impedido ulteriores abortos en mujeres sanas. Si la mujer está embarazada, el marido enfermo puede infectar á aquélla y al feto. No nos creemos autorizados para mercurializar á una embarazada, porque su marido presente manifestaciones sífilíticas. En la mujer infecta y embarazada nunca se combatirá bastante la enfermedad. La práctica nos ha convencido de que los mercuriales á dosis moderada, introducidos

convenientemente, durante un tiempo bastante largo, son beneficiosos para la madre y el feto; pueden prevenir el aborto y el parto prematuro, salvando al nuevo sér de la muerte, ó por lo menos de lesiones y consecuencias muy graves.

[En comprobación de la opinión del autor, podría citar el caso de una mujer que había tenido varios abortos por ser el marido sífilítico y que en el último embarazo se la sometió al uso moderado del protioduro de mercurio, llegó á término su embarazo y dió á luz un niño completamente sano sin que hasta la fecha (tiene el niño ahora un año) haya tenido novedad alguna.—H. B.]

Es natural que el tiempo, que debilita ó destruye la intoxicación, desempeñe á veces un papel importante.

PROFILAXIS CONTRA LA SÍFILIS.

Si no se interviene á tiempo para evitar el paso de la sífilis de los progenitores al niño, la alimentación artificial de éste ora por medio del *biberón*, ora con una cabra ó una burra, deja pocas esperanzas de vida. La lactancia debe practicarla, mejor que nadie y que con nadie, la madre ó una mujer sífilítica. Por muchas recomendaciones que se hagan, por mucho cuidado que ponga la persona encargada de vigilar al niño, un descuido á la hora de comer, de la limpieza, etcétera, puede ser origen de la infección. En este concepto, son útiles los asilos de lactancia, en los cuales la mujer, sin ceder á otra su propia criatura, satisface á un tiempo los deberes de madre y las necesidades inherentes á su posición económica.

Sería de desear que todo recién nacido que pasa de los hospitales, de las cárceles, etc., á las inclusas ó á asilos, llevara una declaración acerca del estado de infección comprobado ó presunto de la madre; que los hijos de padres sospechosos no salieran de las inclusas hasta los tres meses del nacimiento, y que, antes y después de esta época, el médico correspondiente hiciese lo posible para evitar los estragos del mal que se hubiera contaminado.

Respecto á la vacunación de los niños sospechosos, debe hacerse con gran prudencia, cuando haya cesado el peligro de la sífilis ó por lo menos cuando la edad del niño le da cierta fuerza, es decir, después del tercer mes: claro es que debe tenerse siempre el mayor cuidado en no transmitir la sangre de un niño infecto á otro sano.

La profilaxia pública contra la difusión de las enfermedades venéreo-sífilíticas tiene una importancia vital. La prostitución es natu-

ralmente el mayor centro de difusión de la enfermedad, la prostitución clandestina es sin duda su origen más frecuente, y por lo tanto es necesario vigilarla sin descanso, con lo cual se impiden muchos contagios y quizás se mejore la suerte de la mujer inscrita.

En este punto hay á la vez consideraciones de orden moral, higiénico y económico.

Se recogerá en institutos especiales, gobernados por la luz de la caridad y por una gran práctica de la vida, á la huérfana, la mujer abandonada, la ociosa, la amenazada por el mal ejemplo ó por una funesta inclinación. Con la educación y con la instrucción, se la conferirá la aptitud para los oficios propios de su posición y otros, que es casi ridículo ver realizados por hombres jóvenes y robustos. Así se asegurará á aquellas mujeres una utilidad honrada, suficiente; se las inculcará la economía, el ahorro previsor, la sencillez en el vestir, etc. Se concederá á la virtud y á la verdadera indigencia recompensas de diversa índole (ropas, dotes...) Deben cumplirse con toda severidad las disposiciones del Código penal respecto á los actos contra las buenas costumbres, procurando no pase desapercibido, oficialmente, lo que todos aseguran haber visto.

Todos los médicos deberían estar obligados á denunciar los casos de sífilis por lactancia y vacuna, para evitar nuevas transmisiones.

No estaría de más obligar á una visita semanal rigurosa y completa y al tratamiento apropiado, con ó sin secuestro, en casos de enfermedad á los soldados de todas clases, de tierra ó de mar, los carabineros, los guardias de Orden público, etc., los operarios solteros de las grandes industrias del Estado, los presos cuando entran en la cárcel, la tripulación de la marina mercante en el momento del desembarco. ¿Será posible que siga persiguiéndose tan solo á las mujeres?

Ahora bien, no debe imponerse castigo al militar enfermo, sino al que estando sífilítico procure ocultar la infección: la milicia no es una reunión de impotentes ascetas, y además la higiene no debe censurar al que procede con leal franqueza, ni abandonar al que sufre: en ocasiones, no debe concederse la licencia al soldado que ofrezca manifestaciones en vías de evolución.

Y terminamos este capítulo repitiendo lo que hemos dicho en otra ocasión: el médico procurará disuadir de contraer matrimonio, al menos temporalmente, á todos los que no estén sanos (1).

(1) Véase *La Profilaxis de las enfermedades venéreas en Italia*. Estudio del autor. *Giornale Ital. de Malattie Cut. e ven.* Fasc., IV, 1883.

TERAPÉUTICA GENERAL DE LA SÍFILIS

En la infección sifilítica, como en cualquier otra forma de enfermedad, asistimos á una lucha entre las fuerzas del organismo y las del *virus*. Al primero debemos considerarle dispuesto á resistir á todo trance los ataques de este último, el cual llega á vencer con el tiempo ó con el concurso de otras circunstancias.

El *tratamiento* comprende medios higiénicos y medios medicinales.

La higiene debe proponerse:

- 1.º Imprimir al acto nutritivo un impulso en el sentido que pueda favorecer la eliminación del virus;
- 2.º Curar y atenuar los estados morbosos que, coexistiendo con la sífilis, pueden agravarla;
- 3.º Proscribir algunas infracciones, que son especialmente nocivas al sifilítico.

Los reconstituyentes, los tónicos, los amargos, los ferruginosos se hallan indicados con mucha frecuencia, especialmente en la segunda incubación.

Es muy útil procurar con algún baño dulce ó sulfurado, ó con lociones semanales, la limpieza de toda la piel, y especialmente de las partes que con más frecuencia suelen caer enfermas, y alejar los eventuales productos de secreción que, irritando, podrían provocar las erupciones. Se procurará también el mayor aseo de la mucosa de la nariz, de la boca, de la garganta y de los dientes, para evitar que sus localizaciones sean más graves y pertinaces. Los dientes irremediablemente cariados, las amígdalas, la úvula, mucho tiempo engrosadas é irreductibles, deben separarse, lo mismo que ciertos ganglios engrosados por la escrófula, y que al sufrir la influencia sifilítica, podrían supurar. Las formas pruriginosas de la piel, la escrófula, deben combatirse sin tregua. También conviene fijar muy especialmente la atención en las partes que, en virtud de hiperemias profesionales, pueden ser después víctimas seguras de la enfermedad.

Cada uno tiene su sífilis—ha dicho Diday—porque tiene su género de vida especial: ¡parece increíble cuanta verdad encierra este concepto! La alimentación debe ser sencilla, pero muy nutritiva; es caro el uso del vino ó de la cerveza, lo mismo que los demás alcohólicos, limitando su cantidad, progresivamente, cuando hayan llega-

do á ser alimentos necesarios. Se evitará el mucho trabajo muscular ó mental, y todo abuso en la vida sexual.

El calor figura entre los mejores agentes nutritivos; las sífilis de los países y estaciones frías son las más graves; el frío es el mayor enemigo de los niños sifilíticos. En los viajes de circunnavegación, los marinos enfermos se encuentran mejor en las regiones cálidas. Conviene evitar la salida de casa en las horas frías, húmedas, ventosas y asegurar cierta regularidad en la circulación cutánea, merced á un vestido de franela aplicado sobre la piel. No es frecuente que en nuestro país sea necesario el cambio de clima, como ocurre en otras latitudes. El aire libre es siempre mil veces mejor que el de un hospital. En las horas del sueño se procurará alejar toda pasión deprimente. El mascar tabaco y el fumar son causa de hiperemias peligrosas: ningún hábito hace tan rebelde una manifestación sifilítica ni tan incierto el definitivo agotamiento de la intoxicación específica, como el fumar, que por otra parte es el hábito más tirano de todos.

[Por los medios higiénicos nos proponemos, como dice el profesor Bouchard (1), modificar la nutrición de las células humanas de tal manera, que se forme un medio desfavorable á los microbios; tratamos de provocar esta actividad particular de la nutrición de manera que asegure el triunfo del organismo en la lucha contra los agentes infecciosos.—H. B.]

Los agentes farmacológicos que merecen ser empleados con preferencia á todos los demás, contra la sífilis, y á los cuales corresponde un verdadero puesto de honor, son el mercurio y el iodo.

El *mercurio*, en embrocaciones cutáneas, se ha encontrado en las glándulas sebáceas, en los folículos pilíferos y en la parte superior de los tubillos sudoríparos. Cualquiera que sea la vía por donde penetre y la forma bajo la cual se introduzca, no sabemos bien si para pasar al torrente circulatorio, se convierte siempre en bicloruro (Mialhe) ó en cloruro doble de mercurio y sodio (Voit), ó si debe reducirse á simple mercurio para obrar por medio de su gran aptitud á volatilizarse (2).

Administrado á los animales sanos, según unos (Keies), obra

(1) Looc. cit.

(2) Nergel ha demostrado que las moléculas de mercurio se desprenden de la superficie libre, con una velocidad inicial de 180 metros por segundo, y que pueden ser proyectadas hasta 1.700 metros de distancia.

como reconstituyente; según otros (Schlesinger), hace aumentar el número de corpúsculos rojos y la cantidad de grasa. Como diplástico ó alterante, es probable que obre contra la causa primera de la enfermedad, ora directamente, ora perturbando el medio en que vive. Obre ó nó como antiparasitario, aunque el efecto es mayor en los puntos con los cuales se pone en contacto, no puede negársele una notable acción difusiva general.

Puede introducirse el mercurio en el organismo á través de la piel (fricciones, baños, fumigaciones), á través de la mucosa del recto (supositorios) ó del estómago (ingestión), ó bien á través del hipodermis (inyecciones).

Las *fricciones mercuriales* ó embrocaciones representan el método curativo más antiguo (1), más enérgico, más rápido y más seguro: parece que dan el menor número de recidivas, no perturban los órganos de la digestión, á no ser la boca, donde á cada momento puede comprobarse su acción.

Las fricciones pueden emprenderse, lo mismo en los viejos octogenarios que en los niños de pecho, en hombres y mujeres embarazadas.

Se hallan indicadas en el sifiloderma papuloso por recidiva, en el psoriasis palmar rebelde, en las formas cutáneas pustulares, tuberculares no ulcerosas, siempre que existan lesiones graves de los huesos, del eje cerebro-espinal, del ojo, de la laringe y de los órganos más diversos. En las embarazadas, en los sujetos cuya digestión es torpe; que sufren de las vías digestivas ó que han padecido poco tiempo antes el tífus ó la disentería; en otros que requieren, al mismo tiempo, un tratamiento clórotico ó malárico.... las fricciones son muy preferibles al tratamiento interno. En cambio, se hallan contraindicadas en las embarazadas muy próximas al alumbramiento, en las dos ó tres semanas siguientes al parto; cuando existe obesidad, escorbuto, adinamia grave, afecciones crónicas de los riñones, escrófula, tuberculosis, ó una peligrosa escitabilidad del círculo sanguíneo. Hay individuos, con piel muy fina ó muy rica en pelos ó demasiado delicada, en quienes produciría una abundante irritación; del mismo modo, bajo la práctica de las fricciones, algunos individuos sufren insomnio, postración considerable de fuerzas, ó enflaquecen y no ob-

(1) Marcelo Cumano lo prescribió en 1496; también habló de él, en el mismo año, en un poema satírico, Giorgio Sommariva, de Verona. Almanar (1502), Cataneo, de Génova (1505) lo pusieron en boga; Angelo Bolognino (1507) habló de él con entusiasmo, y Nicolás Massa, de Venecia (1563), lo declaró método infalible y seguro.

tienen ninguna ventaja: es natural que en tales casos deba adoptarse otra conducta.

Se puede emplear el unguento mercurial fuerte, el unguento mercurial modificado por Sigmund (mercurio, 1; manteca, 1 1/2): el oleato de mercurio, el jabón mercurial de Oberländer, de Schuster, de Manassei y Torti y de Canz. Carecemos todavía de práctica suficiente para juzgar cual de estos jabones es preferible á los demás: sólo consignaremos que todas estas preparaciones, lo mismo que la pomada mercurial, deben estar recién preparadas. Se harán 20 á 60 embrocaciones, seguidas ó por intervalos, según la urgencia y tolerancia, cada una de 1, 3, 10 á 15 gramos, teniendo en cuenta la edad del enfermo, sus necesidades, las condiciones de absorción, etc.

Las unciones deben practicarse por la mañana. La temperatura debe ser de 14 á 15°. Se lavan las partes por medio de baños generales, ó bien con jabón ó espíritu de jabón potásico. Se seguirá cierto orden, untando el primer día las pantorrillas, el segundo el interior de los muslos, el tercio las regiones media é hipogástrica, el cuarto los vacíos, el quinto la cara interna de los miembros superiores, por encima y debajo del pliegue del codo. Después se repite la serie. Conviene que las fricciones las haga el enfermo mismo. Con el contorno superior de la mano debe frotar, lentamente y con alguna fuerza, describiendo siempre una misma curva, á modo de elipse, durante 15 ó 20 minutos. Luego se cubrirá ligeramente la parte, y el individuo permanecerá tranquilo durante algunas horas, descansando y evitando el sudor. Solo al cabo de 24 horas podrá lavarse la parte. En los casos leves se practica la unción en un solo lado; en los graves en ambos y hasta se repetirá la sesión durante el día: en los enfermos débiles, etc, es preferible que haga la fricción una persona estraña. Después de cada serie, el enfermo debe tomar un baño. Algunas regiones pueden ser respetadas; por ejemplo, en las embarazadas el vientre.

Los baños pueden mercurializarse con el sublimado. Así suelen usarse cuando hay tan sólo lesiones limitadas en la piel, principalmente tratándose de niños. Con ésto se obtienen los efectos de una terapéutica local y otra general reunidas, si bien aquella es más breve y ligera; el alcance de ésta no es fácilmente apreciable, pues no cabe asegurar hasta qué punto es absorbido el medicamento. Se disolverán 10 á 20 gramos de sublimado en el agua necesaria para cubrir apenas el cuerpo. La vasija no debe ser de metal, y el agua estará á la temperatura del cuerpo. El baño puede durar de media á una hora; después se secará al enfermo y se le acostará en la cama, don-

de debe estar tranquilo, evitando algún tiempo la diaforesis. Un baño general sirve como auxiliar terapéutico, lo mismo que los fomentos con el licor de Van-Swieten, que prestan excelentes servicios.

Las *fumigaciones* se practican exponiendo el cuerpo en todo ó en parte, á las emanaciones mercuriales ó inspirando estas últimas (inhalaciones). Sin necesidad de recurrir á aparatos especiales (Lee, Langlebert, Maury) se hará sentar al enfermo sobre una silla de caña, ó que tenga el asiento provisto de muchos agujeros; se aplica alrededor del cuello una cubierta de lana ó una manta de tela impermeable que llegue hasta el suelo y mantenga en contacto del cuerpo los vapores que una lámpara de espíritu ó de gas, colocada bajo la silla, desarrolle de una cápsula de agua, en la cual se introduce otra más pequeña que contenga calomelanos, cinabrio ó mercurio metálico, 1 por 15. Otras veces se disuelve el sublimado en agua que se hace evaporar, ó bien se espolvorea con calomelanos un ladrillo y se le coloca bajo la silla, cerca del recipiente que contiene agua en ebullición.

De cualquier modo que se preparen, estos mismos vapores sirven para inhalaciones. Con tal objeto, se suele mezclar: carbón vegetal, 25 gramos; prótioduro de mercurio, 2; bencina, 0,50: para hacer 20 trociscos, de los cuales el enfermo quema uno por la mañana y otro por la tarde dirigiendo el humo hacia la boca, en los casos de afecciones de la laringe y de la tráquea (Langlebert). En tales enfermedades, lo mismo que contra las placas mucosas, impétigos, ectimas ulcerados, sobre todo en la región ano-genital, puede ser beneficioso dicho tratamiento. No debe recurrirse á él cuando haya graves afecciones cardio-pulmonares. Exige grandes precauciones y una vigilancia especial, vicia el aire de la habitación, determina una absorción escasa ó nula, y es un método que sirve como auxiliar en casos muy excepcionales.

Los *supositorios* mercuriales, que contienen cada uno 0.40 á 0.80 de unguento mercurial débil, introducidos uno ó dos al día, han servido á E. y M. Zeissl para conseguir que se disiparan erupciones papulosas recientes y recidivantes. En algunos casos se observaron indicios de estomatitis inicial.

Por *ingestión*, los preparados mercuriales á altas dosis son purgantes, irritan bastante el estómago y el intestino, ó ambos á la vez. En las mujeres embarazadas, en los niños, en los que padecen gastro-enteropatías, en las personas enfermizas, en los caquéticos, en los casos en que debe obrarse con urgencia, ó en aquellos en quienes

es preciso utilizar la vía gástrica para combatir cualquiera otra complicación, debe omitirse en absoluto la medicación mercurial por el estómago.

Se administran principalmente por la boca el bicloruro y el protoioduro, menos el protocloruro y el biioduro, casi nada el mercurio metálico, el acetato, etc. Hace poco tiempo los Sres. Lustgarten y Leblond han recomendado el *tanato*, que se dará en píldoras de 5 centigramos cada una, en número de 4 ó 6 al día. Jullien lo ha encontrado exento de inconvenientes, por lo que concierne á la mucosa gástrica y bucal, y adotado de una eficacia general notable. Ultimamente, el Dr. Gamberini ha considerado un valioso remedio el *fenato* de mercurio, administrado en píldoras envueltas con bálsamo de Tolu y cada una de las cuales contiene 2 centigramos de dicha sal. En diez sujetos, desde el 5 de Noviembre de 1885 al 25 de Enero de 1886, administró 2 á 6 píldoras diarias; pasado éste número, era evidente cierta intolerancia.

[*El salicilato de mercurio.*—El Dr. Silva Araujo de la sociedad de policlínica de Rio-Janeiro ha llamado la atención sobre esta combinación hidrargírica y dice (1): 1.º El salicilato de mercurio es fácilmente soportado por el estómago no ocasiona ni gastralgia, ni enteralgias ó cólicos, ni diarreas que son tan frecuentes en otros preparados mercuriales sin esceptuar al protoioduro y al tanato de mercurio. 2.º El salicilato de mercurio jamás procede la estomatitis mercurial. 3.º Al interior el salicilato de mercurio se absorbe con más prontitud que cualquier otra de las sales de mercurio usadas hasta el día. M. le Dr. Carl Izadek de Kiew ha administrado el salicilato de mercurio en 25 casos de sífilis. Las observaciones de este médico ruso confirman enteramente los resultados anunciados por el Dr. Araujo, sin que en ningun caso la medicación haya ocasionado desordenes digestivos, ni estomatitis, ni salivación en los que tienen la boca en buen estado. Recientemente el profesor Swimmer, de Budapest, ha hecho preparar píldoras de salicilato de mercurio de un centígramo, dando 5 píldoras al día; el Dr. Silva Araujo ha mandado preparar píldoras de 0,25 miligramos dando tres píldoras al día.—H. B.]

El *bicloruro*, que es soluble, es absorbido por el estómago más facilmente que el protoioduro que es insoluble y que por lo tanto debe administrarse á mayor dosis. El bicloruro provoca, más fácilmente que el protoioduro, calambres é irritación del ventrículo, es

(1) *Le Progrés Medical.*—Marzo 1889.

más dañoso en los albuminúricos, en los hemoptóicos y en las embarazas; provoca más á menudo perturbaciones del epitelio de la boca y de la lengua (1), es menos tolerado, sobre todo en disolución: en cambio, es mucho más activo que el protoioduro, que á su vez causa más pronto la estomatitis.

Los *calomelanos* han sido recomendados por algunos autores cuando se quiere introducir grandes dosis de mercurio en poco tiempo, E. Zeissl lo aconseja contra las localizaciones irideas y faríngeas. En los adultos se acostumbra darlo á dosis que irritan muy pronto las vías digestivas; en los niños hay que tener en cuenta que la salivación es casi desconocida hasta la primera dentición.

El *biioduro* altera fácilmente el ventrículo, por lo cual se da á pequeñas dosis y no solo, sino con el ioduro de potasio, que lo hace soluble. Se puede administrar además descomponiendo el bicloruro con el ioduro de potasio y disolviendo el ioduro precipitado, con un exceso de ioduro de potásico, como en la fórmula núm. 11.

El *mercurio metálico* ejerce una acción rapidísima sobre las encías. Los estudios de Merget y Rabuteau tienden á vulgarizarle.

Cualquiera que sea el preparado mercurial que se adopte, cuando el estómago lo tolere, es preferible dárselo á horas lejanas de las comidas y á dosis refractas.

[El profesor Fournier en un trabajo publicado en la *Gazette des hopitaux* dice lo siguiente refiriéndose al sublimado y al protoioduro hidrargírico. «Lo que nos queda en realidad de todos los preparados mercuriales empleados hasta el día, son dos grandes remedios, las verdaderas columnas del tratamiento de la sífilis, es decir, el sublimado y el protoioduro hidrargírico.

El sublimado (deuto ó bicloruro de mercurio) es la base del licor de Van-Swiéten; cada cucharada de las de sopa de 16 gramos de este licor contiene 16 miligramos de sublimado y no 2 centigramos como se dice generalmente; es también la base de las píldoras de Dupuytren, de las que cada una contiene 1 centígramo de sublimado y 2 de extracto tebáico. Por el contrario, es el protoioduro de mercurio el que encontramos en la píldora de Ricord la que contiene 5 centigramos de este agente medicamentoso.

¿A cuál de estas dos sales debemos dar la preferencia? Dice el doctor Fournier, con un gran sentido práctico, que una preferencia exclu-

(1) Wienski encontró cinabrio en las células epiteliales de los animales á quienes se había inyectado. E. Zeissl explica dichas lesiones en los hombres, admitiendo que las células epiteliales *incapsulan* el mercurio.

siva servía en absoluto contraria el verdadero sentido médico, que quiere que se tome de cada uno lo que tiene de bueno. Estudiando las ventajas y los inconvenientes de estos medicamentos, bajo los tres puntos de vista: 1.º su acción ptialica; 2.º su acción gastro-intestinal y 3.º sus afectos terapéuticos, dice así: 1.º *Acción ptialica*. Es cierto que el sublimado tiene una acción menos ptialica que el protoioduro. Este irrita mucho más las encías y determina más fácilmente la estomatitis; y sin hablar de algunas idiosincrasias, de ciertos casos excepcionales, añade que existe una desigualdad grande, bajo esta relación, entre los dos sexos. La boca de la mujer soporta menos el protoioduro que la del hombre. Una dosis cotidiana de 5 centigramos de protoioduro es inofensiva para la boca del hombre en la inmensa mayoría de los casos; en la mujer carece á menudo de inconvenientes, sin embargo, ya existen excepciones, hay un cierto número de ellas en quienes esta dosis determina á veces enfermedades de la boca, una ligera fluxión jinjival ó neuralgia dento-ginjival sin fluxión alguna, y en otras una estomatitis lijera.

Una dosis de 7 á 8 centigramos y hasta 10 centigramos en el hombre es casi siempre inofensiva para la boca, en la mujer ya por cima de 5 centigramos la tolerancia es variable y se detiene generalmente á los 7 ú 8 centigramos: pocas mujeres soportan una dosis diaria de 10 centigramos sin que padezcan prontamente la inflamación de la boca. *A fortiori*, no debe traspasarse esta dosis salvo algunos casos de tolerancia absolutamente excepcional. En el hombre no es raro poder dar 12 ó 15 centigramos de protoioduro sin ningún detrimento para el aparato bucal. En general, la dosis media para la tolerancia es de 10 centigramos.

Acción gastro-intestinal.—El sublimado es un tóxico violento, que determina fácilmente las flegmasias gastro-intestinales. Por esto la mayoría de los enfermos,—tomándolo á dosis terapéutica—se quejan de dolores de estómago, de gastralgias, algunas veces bastante fuertes, que hace necesario interrumpir el tratamiento. Y sin embargo, estas gastralgias son en general pasajeras y cesan en seguida que se suspende unos días el tratamiento.

La acción del protoioduro sobre el tubo intestinal; este agente es en general tolerado y cuando no lo es, no es el estómago el que padece, sino el intestino (algunas cólicos, diarrea) la diarrea á que suele dar lugar tiene dos formas, la *inicial* ó habitual que se declara durante los primeros días y dura poco; la otra *intercurrente* caracterizada por recidivas de tiempo en tiempo, y de duración de dos ó tres días solamente, aun que no cese el tratamiento.

Efectos terapéuticos.—Aunque algunas médicos recomiendan de preferencia el sublimado al protoioduro, es incuestionable (dice el Dr. Fournier) que con el protoioduro se obtienen efectos más intensos, tanto más cuante que las dosis pueden elevarse con menor inconveniente que con el sublimado.

Así pues resume en estos tres términos. 1.º Sublimado: sin accidentes ptiálicos, pero fenómenos gástricos 2.º Protoioduro: ptialismo, pero tolerancia gastro-intestinal y 3.º Efectos terapéuticos superiores con el protoioduro que autoriza el empleo de dosis más elevadas que las del sublimado.

De lo expuesto se desprende que no debe tenerse preferencia exclusiva entre los dos agentes; prescribir uno ú otro según las indicaciones referentes á cada caso; así, si la boca esta enferma, sublimado, si el estómago está irritable, susceptible, protoioduro. Pero, de ser posible, es preferible el protoioduro, por que es mejor tolerado por el tubo digestivo y la intolerancia de la boca es menos frecuente que la intestinal.

El sublimado puede darse en el licor de Van-Swieten en agua aromalizada ó en leche que lo dulfica y lo vuelve más tolerable al estómago.

El protoioduro nosotros lo mandamos en píldoras de 5 centigramos con 1 centígramo de extracto tebáico por píldora para corregir sus efectos sobre el aparato digestivo; cuando no hay tolerancia intestinal y la diarrea no cede, lo asociamos al extracto de ratania ó al tanino, habiéndonos dado excelente resultado esta asociación, no nos cansaremos de repetir que las píldoras sean *recien preparadas* y de consistencia blanda, pues si no se endurecen rápidamente y pasan intactas á las deposiciones, y en este caso no haríamos más que perder lastimosamente el tiempo sin conseguir resultado alguno.

En los niños usamos de preferencia el licor de Van Swieten á la dosis de un tercio á una cucharadita de las de café, aumentando poco á poco, puesto en un poco de leche azucarada; ó las fricciones mercuriales hechas con el unguento hidrargírico puestas (la cantidad que se coje con la yema de un dedo) en la cavidad axilar ó en el interior de los brazos ó muslos.—H. B.]

Hé aquí ahora algunas fórmulas que creemos dignas de ser recomendadas.

1. Bicloruro de mercurio, 0,25. Agua destilada, 500. Para tomar 1 á 5 cucharadas (de 15 gramos) al día.

2. Bicloruro de mercurio, 0,05 á 0,10 y hasta 0,15. Jarabe 500. Para tomar 1 á 4 cucharadas al día (Cuisinier).

3. Bicloruro de mercurio, 1. Alcohol rectificado 5. Agua destilada 15. Dos gotas representan 0,005 de bicloruro. 2 á 8 gotas en 60 á 80 de agua, ó bien en vino, café, té, leche, etc.

4. Bicloruro de mercurio, 1. Tintura de cloruro de hierro, 60. Veinte gotas contienen 0,01 de bicloruro. 10 á 50 gotas por día, en agua (Bumstead).

5. Bicloruro de mercurio, 0,12. Eter sulfúrico, 4. Aceite de hígado de bacalao, 200. Cada 10 gramos contienen 0,005 de bicloruro. 10 á 60 gramos por día (Bumstead).

6. Bicloruro de mercurio, 0,25. Extracto acuoso de opio 0,75 extracto de guayaco, 3. H. s. a. 25 píldoras, para tomar 1 ó 2 al día (Dupuytren).

7. Bicloruro de mercurio, extracto tebaico, ana 0,01, extracto de quina, c. s. para hacer una píldora. 1 á 3 al día (Mauriac).

8. Bicloruro de mercurio, 0,25, Azucar blanco pulverizado, 8. Miga de pan y agua destilada, c. s. para hacer 30 píldoras. Cada una de ellas contiene 0,003 de bicloruro y se tomarán 1 á 10 al día (Dzondi.) El autor daba el primer día 4 píldoras el tercero 6; el quinto 8 y así sucesivamente, aumentando cada tercer día hasta 30; después disminuía cada tercer día dos píldoras, hasta llegar el número de partida.

9. Calomelanos 1, Opio pulverizado 1 ó 1,50, azucar 10. Mezc. y divid. en 20 papele, para tomar una dosis cada mañana en ayunas (Cantani.)

10. Calomelanos 0,05 ó 0,10; lactato de hierro 1; azucar 3. Mézclase y divid. en 6 papeless, 1 ó 2 en la sífilis de los niños (Monti).

11. Bicloruro de mercurio, 0,12; ioduro de potasio, 2; agua destilada ó jarabe. 250. Una cucharada mediana (de 10 gramos) una hora después de cada comida (Bumstead).

De las píldoras que contienen mercurio metálicos son preferibles las de Bumstead (1). Diday encuentra excelente la fórmula que sigue la cual reúne la ventaja de ser á la vez específica y reconstituyente.

12. Mercurio crudo; hierro reducido, ana. 1,50, miel, 3, goma tragacanto, c. s. para hacer 60 píldoras, 1 á 3 al día (Lepetit.)

13. Protoiduro de mercurio, tridaceo, ana, 3, extracto acuoso de opio, 1, extracto de *conium maculatum*, 6, M. y h. s. a. 60 píldoras, 1 á 2 al día (Ricord).

(1) Las píldoras con mercurio metálico de Plenck, Sédillot, Belloste..., las píldoras azules, las píldoras árabes, han caído casi completamente en desuso.

14. Protoioduro de mercurio, 0,03; extracto tebáico, 0,01; extracto de quina, 0,06. Hágase una píldora, 1 á 3 al día (Mauriac).

15. Biioduro de mercurio, 0,006; extracto de enebro; 0,05. Hágase s. a. una píldora. 1 á 3 al día (Bouchardat).

16. Biioduro de mercurio, 1; ioduro potásico 50; agua destilada 50; jarabe de azúcar 2,400 gramos. 1 á 2 cucharadas al día. 25 gramos contiene 0,01 de biioduro y 0,50 de ioduro (Gibert).

17. Biioduro de mercurio, 0,30; ioduro potásico, 30, agua destilada, 50, jarabe de quina, 950 (Vidal).

18. Biioduro de mercurio, 0,10, ioduro potásico, 5, 10, 15 y hasta 20 grámos, jarabe simple ó de corteza de naranja amarga ó agua destilada, 200. 1 á 3 cucharadas al día (Mauriac).

19. Biioduro de mercurio, 0,10, ioduro potásico 5 goma arábiga pulverizada 0,50, miel c. s. p. hacer 20 píldoras. 1 á 2 al día (Gibert).

20. Peptona en polvo, 9, cloruro de amonio puro 9, bicloruro de mercurio 6. Disuélvase en agua destilada 24. Filtrese y añádase: glicerina pura, pura, 72. Cada 5 gramos contienen 0,25 de bicloruro, combinado con la peptona. Se pone 1 gramo de esta peptona mercuríco-amónica en glicerina pura 50 y agua destilada 200. Una cucharada de las de café represente 0,05 de bicloruro de mercurio combinado con la peptona (Delpech-Martineau).

Las *inyecciones hipodérmicas* representan en la actualidad un método de tratamiento digno de la mayor consideración, que en 20 años de existencia ha obtenido las más altas y merecidas simpatías. Su actividad es mucho mayor que la del tratamiento por las fricciones. Con las inyecciones, aun cuando se halle bastante comprometida la piel, no es necesario perturbar las vías digestivas. Aplicables en ambos sexos y en las diversas edades, constituyen el método más preciso y más económico, el que, mejor que cualquier otro, garantiza la pronta absorción y difusión del medicamento en la circulación general, quita poco tiempo al enfermo, que puede curarse hasta con rapidez.

La idea de hacer penetrar el mercurio directamente en el tejido celular subcutáneo fué expuesta por Hunter y Hébra (1864), pero á Scarenzio (1864) y luego á Ricordi, Semmola, Berkeley Hill (1865) y Lewin (1867) corresponde el honor de haberla realizado, demostrando que dicha forma de tratamiento es sin duda la más científica y casi la más rápida.

Las preparaciones que suelen emplearse por vía hipodérmica son las siguientes:

21. Calomelanos al vapor, 0,10 á 0,15, goma arábiga, 0,05, agua, 1. Sirve para una inyección (Scarenzio).

22. Calomelanos y cloruro sódico ana, 5, agua destilada, 50, mucílago de goma arábica, 2,50 (Neisser).
23. Calomelanos al vapor, 0,10, glicerina, 1 (Smirnof).
24. Bicloruro de mercurio, 0,10, agua destilada, 40, cloruro sódico, 1 (Gamberini).
25. Bicloruro de mercurio, 0,10, agua destilada, 10 (De Amicis).
26. Formiamidato de mercurio, 0,10, agua destilada, 10 (Liebreich).
27. Cianuro de mercurio, 0,10, agua destilada, 10.
28. Biioduro de mercurio, 0,01, agua destilada y glicerina, ana, 12 gotas (Gamberini) (1).

Según el *Codex* frances: Protoioduro de mercurio recién preparado 0,05, extracto de opio, 0,02, conserva de rosas, 0,10, raíz de regaliz, c. s. para hacer una píldora, 1 ó 2 al día (2).

29. Peptona en polvo de Catillón, cloruro de amonio puro, ana, 9, bicloruro de mercurio, 6, glicerina, 72, agua destilada, 24. Un gramo de esta disolución, filtrado, y añadido á 5 gramos de agua destilada, da un líquido en el cual hay, por cada 1,20 gramos, un centígramo de bicloruro (Delpech y Martineau) (3).

(1) Biioduro de mercurio, 0,33; ioduro de potasio, c. s. para disolverlo en agua destilada, 2 (Ragazzoni).

(2) La fórmula que da la Farmacopea española para la preparación de las píldoras de ioduro mercurioso, es la siguiente:

Ioduro mercurioso.....	1	gramo.
Extracto de opio	0,25	—
Conserva de rosas.....	5	—
Polvo de regaliz.....		C. S.

Mézclense el extracto y la conserva; añádase el biioduro y la cantidad necesaria de polvo de regaliz, y háganse 50 píldoras.

Cada píldora contiene, pues, 0,02 de ioduro mercurioso, 0,005 de extracto de opio, y 0,10 de conserva de rosas.

Como se ve la fórmula es bastante distinta de la asignada por el *Codex* frances.—N. del T.

(3) El Dr. Alejandro Settler, distinguido especialista en las afecciones de los órganos genito-urinarios, fué quizás el primero que ensayó en España el tratamiento de Martineau, y publicó sus observaciones en un interesante folleto (*) del que vamos á copiar algunos párrafos:

«El Dr. Martineau, médico del Hospital Lourcine, de París, y antiguo maestro mío, ha ensayado un tratamiento que consiste en administrar la

(*) Settler, *Tratamiento de la sífilis por medio de las inyecciones hipodérmicas de peptona mercúrico-amoniaca*. Madrid, 1888.

30. Peptona de carne, 1, disuelta en agua destilada, 50; fíltrese y añádase; solución de bicloruro al 5 por 100 20, disolución de cloruro sódico al 20 por 100, 15; agua destilada, c. s. para formar 100 gramos. Cada centímetro cúbico contiene 0,01 de mercurio. *Se descompone con mucha facilidad* (Bamberger).

peptona mercúrico-amoniacal en inyecciones hipodérmicas. Según este autor, *el bicloruro de mercurio asociado á la peptona seca, según la fórmula de la preparación dada por Delpéch, introducido (en el tratamiento de la sífilis) por la vía hipodérmica, no da lugar á accidentes locales, tales como flemones, abscesos y escaras, siempre que la inyección se haga en el tejido celular subcutáneo. Los tumores que se han observado algunas veces en varios enfermos son resultado de inyecciones hechas con extremada precipitación en la región profunda del dermis. Por otra parte, estos tumorcillos desaparecen con mucha prontitud, sin ir seguidos de ningún accidente.*

En el informe que á la Sociedad de los Hospitales dirigió Martineau, sentó este señor algunas conclusiones que resumo en las siguientes palabras:

Las inyecciones no ocasionan dolor, aun cuando se administre la sal mercurial á dosis bastante altas (de 10 miligramos, por ejemplo). Siempre que sobreviene el dolor es resultado de un estado especial del enfermo, en quien la excitación nerviosa es extremada, y en quien, por tanto, no permite su indocilidad hacer la inyección del modo que fuera de desear.

Las inyecciones de peptona no van seguidas de salivación ni de estomatitis mercurial, aun cuando la dosis sea exagerada (10 miligramos). Las inyecciones no dan lugar á trastornos gástricos.

Este modo de administrar el mercurio permite al enfermo continuar un tratamiento contra cualquiera otra enfermedad que padezca, artritis, herpetismo, escrófulas, tuberculósis, etc. Con él se obtiene una acción más pronto y más enérgica que por los otros medios de administración, introduciendo la misma cantidad de sal por la vía digestiva.»

Aun cuando algunos sífilógrafos miran con desconfianza el método de que tratamos, había yo podido observar grandes éxitos alcanzados por Martineau en las salas del Hospital Lourcine, por lo cual, sin pretender generalizar el método para todos los casos, pensé emplearlo en aquellos en que el estómago no tolerase la administración de la sal mercurial, ó en los que la gravedad de la dolencia fuera tal que se hiciera necesaria la intervención más activa posible. —

Seis son los enfermos que por medio de las inyecciones he tratado, cuyas historias resumo á continuación:

Observación 1.^a—Mariano G., 40 años, empleado en Hacienda, sin antecedentes hereditarios, contrajo la sífilis hace 18 años. En el espacio de tiempo transcurrido desde aquella época hasta hoy ha sufrido todas las

31. Oxido negro ó rojo de mercurio, 0,06 ó 0,10, en suspensión en agua y goma. Para 3 ó 5 inyecciones, con seis días de intervalo (Vatraszewski).

32. Suero esterilizado según Koch, filtrado, 40 c. c. Se coloca en un vaso graduado y se añade una disolución de 3 gr. de bicloruro

manifestaciones de la sífilis: cefalalgia, alopecia, dolores musculares en la región del cuello; sífilides papulosas, pápulo-erosivas de mediano volúmen en los piés, manos y abdómen; sífilides erosivas en la boca y labios. Viene desde aquella época tomando en periodos alternos el protoioduro de mercurio y el ioduro potásico.

Desde hace cuatro meses ha perdido en parte la inteligencia, hasta el extremo de no poder despachar con actividad los asuntos de su oficina; tiene una gran debilidad, y sobre todo en la parte izquierda del cuerpo; síncope y sífilides ulcerosas en la parte posterior de la pierna derecha.

Tratamiento.—Inyecciones diarias de una disolución de 5 miligramos durante cinco días. Se suspende durante tres el tratamiento, continuando con inyecciones de á 8 miligramos durante 10 días más.

Comienza á recuperar las facultades intelectuales.

Disminuyen las sífilides, y á los 12 días de haber comenzado el tratamiento desaparecen casi por completo.

Persisten los síncope, que no desaparecen sino en los últimos días.

Observación 2.^a—María D., sin profesión, casada, 29 años, sin antecedentes hereditarios, ha empezado á padecer la sífilis hace cinco meses. Se presenta en mi consulta el 14 de Mayo de 1885.

Sífilides pápulo-erosivas múltiples en los pequeños labios y pápulo-hipertróficas en los grandes. Insomnio, alopecia; sífilides eritematosas y maculares del tronco y miembros; adenitis cervical posterior é inguinal.

Ha tomado una preparación de biioduro de mercurio que no puede tolerar, por presentarse inmediatamente dolores de estómago, náuseas, vómitos y diarrea, por lo que nos decidimos á emplear las inyecciones de peptona mercúrico-amoniacal.

El 16 de Mayo hago la primera en la proporción de 6 miligramos, continuando hasta el 26 (10 inyecciones), en cuya época aumenté la dosis hasta 10 miligramos, en vista de lo poco que se modificaba su estado. Quince días seguí empleando este tratamiento, ó sea hasta el décimo, en que le suspendí, recomendando entonces una medicación tónico-reconstituyente.

En el transcurso de la segunda época de tratamiento vi disminuir poco á poco las sífilides vulvares, primero, y las que se manifestaban en el tronco; las adenopatías en nada se modificaron; cesó la marcha de la alopecia. No se presentó, á pesar de la enorme cantidad de sal administrada, la más ligera estomatitis, ni tampoco tumorcillo alguno en el punto en el que se practicaron las inyecciones.

de mercurio en 30 de agua, á 50° C. Precipita la albumina. Se añade cloruro sódico, 7, en 20 de agua, con lo cual se redissuelve el precipitado. Así se obtiene una disolución de bicloruro al 3 por 100 que, añadiendo agua, se reduce al 1 1/2 por 100 (Bockhardt).

33. Tres disoluciones en las cuales, por 100 gramos de agua,

Observación 3.^a—Luis M., 19 años, linfático, padeció un chancro sifilítico hace dos años y medio, después de lo cual presentó todas las manifestaciones propias de la sífilis. El 5 del mes de Mayo del pasado año se presentó en mi consulta con objeto de curarse las manifestaciones que entonces padecía, consistentes en sifilides papulosas en todas las extremidades posteriores y en la superior izquierda, desde el hombro hasta la mitad del antebrazo, localizada en su parte posterior externa.

Al interrogarle acerca del tratamiento á que había estado sujeto, me indicó que durante tres meses había tomado una preparación mercurial, que ignora cuál fuere, que le produjo una gran salivación con alargamiento de dientes, por lo que repugnaba tomar aquella substancia.

Le indiqué la necesidad de tomar el mercurio, y, en vista de su repugnancia, le propuse administrarlo en la forma hipodérmica, prefiriendo la peptona mercuríco-amoniacal. Aquel día le dí la primera inyección, la segunda al día siguiente, y así seguí repitiéndolas en cantidad de 6 miligramos hasta el día 18, ó sea 14 inyecciones en otros tantos días.

Bien pronto empezó á disminuir la sifilide, que perdió todo el carácter inflamatorio que un principio tenía, desapareciendo todas las molestias que el contacto de las ropas producía.

El día 1.^o de Junio comencé de nuevo las inyecciones hipodérmicas, que continúe hasta el día 17, haciendo en este espacio de tiempo 15 inyecciones, que tuve que suspender por tener que abandonar el enfermo la corte.

Tanto en la primera como en la segunda época no se presentó ninguna inflamación en el tejido celular del dorso, y sí solamente se formó un tumorcito, que desapareció muy pronto merced á la presión.

El mes de Septiembre ví de nuevo al enfermo, de regreso á Madrid, y supe que en todo el verano no se había presentado ninguna nueva manifestación de la sífilis, á excepción de una insignificante placa mucosa, que el mismo enfermo curó con el nitrato de plata.

Observación 4.^a—Teresa R., 26 años, soltera, empleada en un almacén, linfática, padeció un chancro hace tres meses.

Estuvo en mi consulta el 15 de Enero de este año, presentando sifilides ulcerosas en la piel del cráneo, en los dos piés y en la parte anterior de la axila izquierda; en los grandes labios, sifilides hipertróficas; tenía además alopecia y cefalalgia constante.

Empleé como tratamiento el biioduro de mercurio, que produjo casi inmediatamente estomatitis y flojedad de dientes.

se pone en la primera, 1,50 de carbonato de sosa seco, en la segunda, 3,75 de bicloruro y en la tercera, 28,50 de glucocola (que se puede reemplazar fácilmente con alalina, esparragina ó sarcosina.) Los tres recipientes se llenan en el momento de usarlos y se mezclan las disoluciones en partes iguales. Cada centímetro cúbico

Día 20. Administré el clorato potásico.

Día 22. La enferma, que ya repugnaba tomar el mercurio, se negó en absoluto á seguir tomándolo, en vista de los efectos que le había producido. Propuse y aceptó las inyecciones. Aquel mismo día practiqué la primera, en cantidad de 5 miligramos. Continuó hasta el 28 de Febrero, aumentando 1 milígramo cada 8 días, hasta llegar á 8.

El día 3 de Febrero se presentaron en la lengua dos chapas mucosas.

Día 7. Nueva chapa mucosa en el velo del paladar. Curé aquéllas y ésta con el nitrato ácido de mercurio.

El día 3 de Marzo continuaba relativamente bien, habiendo desaparecido en absoluto la sífilide de la piel del cráneo y disminuido las de los piés y axila.

No hubo estomatitis ni tumorcillos en el punto en que se hicieron las inyecciones.

Observación 5^a—Lorenzo M., capitán de caballería, de reemplazo, 32 años, buena constitución, sin antecedentes, contrajo la sífilis en la Habana, el año 1878.

Chancro roseola, alopecia, cefalalgia, adenitis, chapas mucosas en la margen del ano, velo del paladar y lengua, laringitis, sífilides papulosas en los dos antebrazos, sífilides hipertróficas en los muslos y eritematosas en la nalga izquierda: hé ahí las manifestaciones que sucesivamente ha ido presentando. Por todo tratamiento ha tomado ioduro potásico en gran cantidad.

El 15 de Marzo presentaba una sífilide pápulo-eritematosa generalizada á todas las partes del cuerpo, pues ocupaba todo el abdomen, espalda, nalgas, parte posterior de los muslos, anterior y posterior de la pierna izquierda y superior del pie del mismo lado; chapas mucosas en todo el velo del paladar y parte posterior de la cámara posterior de la boca y superior de la laringe. El estado del enfermo era el más lastimoso y repugnante que pueda imaginarse: las facultades intelectuales estaban casi abolidas, teniendo el paciente el aspecto de un imbécil; su palidez y debilidad eran tales que difícilmente podía hacer una marcha de un cuarto de hora; su voz era tan apagada que faltaba bien poco para la afonía completa. No podía tomar sustancias sólidas, por la dificultad que había para la deglución. La diarrea era casi constante, saliendo las materias fecales casi tal como habían sido introducidas por la boca.

La persona que le acompañaba (que fué la que me dió los antecedentes

de disolución contiene 0,01 de mercurio (Glucocolato de mercurio, Wolf).

34. Bicloruro de mercurio, 1, agua destilada caliente, 100, urea químicamente pura, 0,50. (Carbamida de mercurio, de Dutrelepont.)

Rohland ha conseguido obtener cristales de carbamida de mercurio muy solubles en el agua, y que pueden emplearse disueltos al 1 por 100 para inyecciones hipodérmicas.

35. Mercurio metálico, 1 gramo, para inyecciones intramuscula-

que dejo consignados) me dijo que el enfermo había sido un hombre de muy clara inteligencia, de gran instrucción y de carácter jovial y alegre. ¡A qué estado le había reducido la falta de medicación mercurial!

No me hice ilusiones sobre el estado del enfermo: le creí muy grave, y así lo manifesté á su acompañante, aun cuando tenía—¿por qué negarlo?—gran confianza en el tratamiento que después empleé, y que se redujo á plantear un enérgico plan reconstituyente, por un lado, para cuyo objeto dejaba libre el aparato digestivo, reservándose el dérmico para la medicación mercurial á altas dosis.

El 16 de Marzo comencé las inyecciones de peptona mercúrico-amoniaca en la proporción de 10 miligramos, y al mismo tiempo una medicación reconstituyente lo más enérgica que fué compatible con su estado. Continué las inyecciones hasta el 20 de Abril, en cuyo día las suspendí.

El estado del enfermo ha cambiado notablemente. Las sífilides han disminuido en intensidad; las de la pierna izquierda han desaparecido completamente; las de los muslos están próximas á seguir el mismo camino; las de los brazos son las que más se han resistido. Las facultades intelectuales han reaparecido en parte; la nutrición se verifica con gran actividad.

No ha habido ni un sólo tumorcillo en el dorso, á pesar de que la sífilide invade el punto en que se han hecho las inyecciones.

A los pocos días de empezar el tratamiento hubo algo de estomatitis que no obligó á suspenderle, pues desapareció muy pronto á beneficio del clorato potásico

Pienso continuar en breve el tratamiento.

Observación 6.^a—X..., 31 años, nervioso, buena constitución, hace tres meses tuvo un chancro sífilítico, tras del cual se presentó la roseola, diversas (cada gramo de mercurio equivale á 1,554 de bicloruro) (Luton)-sas chapas mucosas y ligera sífilide hipertrófica en todo el escroto. No ha empleado hasta ahora ningún tratamiento.

Le ví en mi consulta el 18 de Diciembre del pasado año. Hacía ya algunos días que había comenzado á tener cefalalgia vespertina y alopecia. Tenía además la sífilide del escroto antes mencionada.

El día 18 le hice la primera inyección, en cantidad de 6 miligramos,

36. Bicloruro de mercurio, 1; agua caliente, 100; urea químicamente pura, 0,50 (Schütz).

[El *salicitato de mercurio* se ha empleado también en inyecciones hipodérmicas por Silva Araujo, Moreno, Brasil y Neves de Rodía; se sirven de una solución de cinco á diez miligramos por diez gramos de agua destilada. Los ensayos hechos hasta ahora parecen haber dado buenos resultados.

Nosotros creemos, á pesar de la opinión respetable del autor, preferible el tratamiento por las fricciones mercuriales—cuando no podemos valernos de las vías gastro-intestinales—al de las inyecciones hipodérmicas, en la práctica civil, porque estas son muy molestas y dolorosas, y los enfermos no resistirían un tratamiento un poco largo por este método: además, el tratamiento de la sífilis, ha de ser *crónico*—permítaseme esta expresión—es decir, continuado por mucho tiempo y con perseverancia, y difícilmente encontraríamos un sujeto que se sometiera á este método por mucho tiempo seguido.—H. B.]

continuándolas todo el mes de Diciembre, hasta el 31 en que las suspendí, por tener que ausentarme de Madrid por unos días.

A mi regreso le encontré en estado muy satisfactorio, pues no tenía ya cefalalgia, y las chapas mucosas habían casi desaparecido.

Continué el 15 de Enero las inyecciones en la misma proporción que anteriormente, hasta el 15 de Febrero, haciendo en este tiempo 26 inyecciones.

Se presentó una chapa mucosa en el labio, la cual desapareció muy pronto, á beneficio del nitrato ácido de mercurio.

Ninguna nueva sífilide; la del escroto comenzó á disminuir de intensidad. Suspendí el tratamiento hasta el 15 de Marzo, en cuya época hice 10 inyecciones más. Desde entonces no ha presentado el enfermo ninguna otra manifestación sifilítica. El escroto se halla completamente curado.»

Después de exponer las anteriores historias clínicas, tan cuidadosamente recogidas, dice el Sr. Settier que el tratamiento en cuestión es preferible en los casos en que se necesite una intervención más activa, y que es el único posible cuando el aparato digestivo no tolera las preparaciones mercuriales.

Podría, en uno y otro caso, administrarse el biioduro de mercurio en disolución, introduciéndole en el organismo por la vía hipodérmica; pero ésta es precisamente la mayor ventaja que tiene el preparado de peptona, puesto que la disolución se hace con mayor facilidad, tiene la dosis más exacta y contiene menos vehículo, sin que por esto sea un líquido irritante que pueda producir la inflamación del tejido celular en el que se hace la inyección.—(N. del T.)

Las inyecciones de calomelanos, puestas en práctica por Scarenzio, recomendadas después por Ricordi, Ambrosili, Monteforte y Porta, que las colocaba entre los progresos de la cirugía italiana (en un estudio premiado con medalla de oro—1868—por la Sociedad de ciencias médicas y naturales de Bruselas), encontraron briosos defensores en Padova, Quaglino, Sorresina, Profeta, Bertarelli y otros profesores italianos. El Dr. Sigmund y algunos más contribuyeron en el extranjero á difundir este método curativo que, practicado conforme á las reglas dadas por el Sr. Smirnoff de Helsingforf (Finlandia), da, sin inconvenientes, resultados muy brillantes, según hemos podido comprobar por numerosas observaciones, y según lo han visto también Lundberg de Stocolmo (1884), Watraswski de Varsovia (1884), Weiser de Breston, Scarenzio y Soffiantini en Italia y Jullien en París.

Para conocer el punto preciso en que debe hacerse la inyección—dice Sminoff—descúbranse las nalgas de una persona delgada y no muy gruesa, que esté de piés. Se ve entonces en cada nalga, detrás del trocanter, una larga depresión. En ésta el tejido celular es tan laxo y abundante, que la piel se deja mover fácilmente bajo la aponeurosis y levantarse en pliegues. Dicha parte es la única, de toda la superficie del cuerpo, en que puede inyectarse sin provocar absceso una cantidad de 10 centigramos de calomelanos. Se hará de modo que el foco se encuentre á cerca de 3 centímetros por detrás del borde posterior del gran trocanter, para que no tropiece con el hueso cuando el paciente se halle en decúbito supino. Además, debe escogerse el punto de modo que pueda hacerse otra inyección en la misma nalga, á unos 3 centímetros de distancia de la primera, con el fin de que la inflamación accidental del último foco no tenga que pasar sobre la circunscripción del primero, resucitando la flogosis. Las inyecciones deben hacerse en una línea paralela al gran trocanter, y la punta de la cánula debe ser llevada directamente hacia atrás, es decir, en dirección horizontal, estando el enfermo de pie.

El Dr. Smirnoff deposita los calomelanos sobre la aponeurosis que cubre los glúteos, pues teme que, llevada la inyección entre los músculos, llegue á provocar serios trastornos. Con todo, Soffiantini, lo mismo que nosotros, ha atravesado la membrana más de 20 veces, sin observar otra cosa que una infiltración limitadísima, poco dolorosa, que se disipa á los seis ó siete días, si el enfermo permanece en la cama. Hecha la inyección, no debe practicarse el amasamiento (*massage*).

Las inyecciones citadas, hechas por el procedimiento de Smir-

noff, van acompañadas de dolores insignificantes. Según el autor, el absceso no se forma siquiera una vez por cada mil, y aun así, termina reabsorbiéndose.

El Dr. Scarenzio practica en los adultos 2 á 4 inyecciones, de 10 centigramos cada una, en dos sesiones, á la distancia de 21 días, una inyección por nalga cada vez. Smirnoff dice que, en los primeros años de la vida, se pueden curar los síntomas de la sífilis con la doble inyección de 24 á 36 miligramos en cada nalga: acepta como dosis máxima, durante todo el tratamiento, 40 centigramos. Aconseja que las mujeres embarazadas se sometan á dicho tratamiento lo más pronto posible. Vió su eficacia, en las formas gomosas, en casos en que no habían dado resultado las fricciones, y añade lo siguiente: «Bastando por término medio dos inyecciones de 20 centigramos para atacar una sífilis congestiva, y una inyección y media para una sífilis gomosa, es evidente que cada inyección obra con una fuerza concentrada que no puede conseguirse con ningún otro método. Queda destruída, por lo demás, la razón teórica de la superioridad de las fricciones» (1). El método de Scarenzio, siguiendo el procedimiento de Smirnoff, es el más cómodo, el menos dispendioso, el más sencillo; su eficacia y la falta casi absoluta de inconvenientes la reservan un brillante porvenir (2).

Las inyecciones de bicloruro de mercurio, que contengan cada una 2, 5 ó 10 miligramos de dicha sal, según la edad del sujeto y la fecha y gravedad de las manifestaciones, van seguidas algunas veces de accidentes dolorosos. Se deben practicar 25 á 40 y algunas veces más. Las de formiamidato (compuesto bastante fijo y que no hace coagular la albúmina) de bicianuro y de biioduro, dan poca ó ninguna reacción. Las que se hacen con peptona deben prepararse todos los días, ó cuando menos con gran frecuencia. El glucocolato es, según Dautrepeont, más eficaz que el formiamidato, y daría seguramente buenos resultados, lo mismo que la carbamida de mercurio. A juicio de algunos autores, las inyecciones con óxido de mercurio no provocan irritación local digna de mérito, y las de mercurio metálico se

(1) La absorción del mercurio, con las inyecciones, es generalmente mucho más rápida que con las fricciones. Algunas veces se encuentra en las orinas al cabo de 1 á 2 horas. Después de una inyección de calomelanos Welander lo encontró al día siguiente. Ha observado también, dos veces, la transmisión del mercurio al feto en el útero.

(2) En los individuos con nalgas muy gruesas, la piel es menos alejable de la aponeurosis, y los calomelanos irritan más que cuando existe un tejido laxo. Smirnoff y Scarenzio, vieron, cada uno un caso, en que la inyección fué seguida de isquialgia.

podrían adoptar en los casos graves de sífilis, en el período llamado de transición y en el terciario.

Nosotros hemos hecho inyecciones de mercurio metálico en cinco enfermos: el 1.º, B. F., zapatero, de 24 años; el 2.º, M. B., barbero, de 18½ años; el 3.º, G. L., comerciante, de 27 años; el 4.º, M. T., bisutero, de 17 años, y el 5.º, A. E., meretriz, de 21 años. Esto ocurrió, respectivamente, los días 5, 18, 19, 22 y 23 de Enero de 1882; en el G. L. en los muslos, en los demás en la región subaxilar izquierda, en la cantidad de 1, 1,30, 0,40, 0,60 y 1 del metal. En los primeros días no hubo nunca gran reacción, la cual apareció lentamente. En la mujer A. E., existía, á los once días, una infiltración circunscrita, casi indolente. Próximamente lo mismo sucedió en los demás individuos, es decir, en todos se formó un absceso, que en el 1.º estaba maduro y se abrió el 27 de Marzo, saliendo con el pus 0,495 de mercurio intacto. En el 2.º se abrió el absceso, de un modo espontáneo, el 15 de Abril; en el 3.º y 4.º el absceso estaba maduro el 7 de Abril. Al hacer las inyecciones, el 4.º presentaba sífilis primaria, y todos los demás secundaria. Al primer enfermo estuvimos viéndole con frecuencia en 1882 y 1883, y durante estos años tuvo repetidas manifestaciones intrabucales. En el segundo, no volvió á presentarse la sífilis. La reacción por parte de la boca fué en los cinco enfermos bastante ligera, sin que en ninguno de ellos llegaran á observarse síntomas de mercurialismo marcado.

El bicloruro, unido á la urea, no hace precipitar la albúmina, no produce dolores, ni tiene otros inconvenientes.

Para las necesidades de la práctica, basta con el protocloruro y el deutocloruro de mercurio, cuyas dosis se regularán según las necesidades. Las inyecciones de sublimado, además de las nalgas, pueden practicarse en las regiones interescapulares y subaxilar; las recientes deben estar separadas por 3 ó 4 centímetros una de otra. La disolución ha de estar recién preparada y el instrumento se desinfectará cada vez, vaciándolo poco á poco en el seno del tejido celular. Los individuos que hacen escaso ejercicio muscular soportan este tratamiento mejor que los que no se hallan en tales circunstancias. El dolor no debe combatirse con substancias que se añadan al líquido y que pueden perjudicar su acción (1). El absceso producido por los calomelanos no perjudica la favorable influencia del remedio: se tra-

(1) Por lo demás, algunos añaden morfina y cocaína. Así, Plevani (1885) usa: bicloruro de mercurio, 0,30, clorhidrato de cocaína y cloruro sódico, ana 0,10, agua, 30.

ta como cualquier otro y no constituye una complicación de importancia. La jeringa que se emplee para las inyecciones de calomelanos debe tener un agujero tubular más amplio.

Los *iódicos* se emplean exclusivamente, digámoslo así, por la boca: son muy raros los casos en que se introducen por clister ó por vía hipodérmica. Se han usado: la tintura de iodo, el ioduro potásico, el ioduro de sodio, el iodoformo, el ioduro de hierro y el de litio.

La *tintura de iodo* provoca con frecuencia irritaciones del estómago y síntomas de intoxicación.

El *ioduro potásico* es, entre los iódicos, el preparado más eficaz y el que más se usa. Tomado en cualquier forma, al cabo de 4 ó 5 minutos se puede comprobar su presencia en la orina y luego en la saliva, en el sudor y en todos los líquidos del organismo. Administrado á mujeres ó hembras de animales durante la secreción de la leche, sale con ésta y después con las orinas de los pequeñuelos en cantidad notable, mayor que la infinitesimal con que se manifiesta el mercurio, y que no basta para la terapéutica de los niños sifilíticos. Gamberini y Rabuteau han demostrado que el ioduro no compromete en manera alguna el trabajo de desasimilación: se ha visto, durante su uso, disminuir la cantidad de urea y no atrofiarse las glándulas de la leche y del semen. Este moderador de la nutrición provoca sin gran dificultad la eliminación del mercurio. León Lefort ha visto con frecuencia que los accidentes que se habían disipado por el uso de los mercuriales, reaparecieron bajo la influencia del ioduro potásico.

Cierta cantidad de iodato en el ioduro, poniéndose en contacto con los ácidos del estómago, puede dejar en libertad el iodo, sobreviniendo entonces varios síntomas gástricos: con todo, aun cuando encuentre en el estómago substancias amiláceas y ácidas, no hemos visto nunca graves inconvenientes, y Zeissl dice que éstos no existen, ni aun introduciendo á la vez ácidos algo fuertes. Es más: en los últimos años, los médicos ingleses han intentado aumentar la eficacia de los preparados iódicos por el uso combinado de ácidos más ó menos fuertes (agua ozonizada, ácido nítrico).

El ioduro potásico, á altas dosis, sabe abrirse paso más fácilmente á través del organismo, y ofrece menos inconvenientes que administrado á pequeñas dosis. Para disponer al organismo, conviene comenzar con cantidades pequeñas y aumentarlas después progresivamente. Dado en píldoras, no repugna tanto al paladar como en disolución: sin embargo, esta perturba menos el estómago y obra más eficazmente. Se puede disolver en el agua, vino, cerveza, café, en un vehículo aromático, en una decocción de salep, en cualquier agua

mineral ó en un cocimiento de zarzaparrilla, de guayaco, etc. (1). Se puede añadir á la disolución jarabe de café, de genciana, de menta ó de naranja.

Para aumentar sus efectos, suele añadirse al ioduro de potasio puro, tintura de iodo, biioduro de mercurio, bromuro potásico (en los casos de neuropatías específicas) y citrato de hierro amoniacal (cuando el sujeto es anémico).

El *ioduro de sodio* ha sido muy recomendado por Gamberini: cuanto á su virtud intrínseca, sigue de cerca al ioduro potásico: tiene una acción más suave sobre el estómago y los intestinos, rara vez produce el acné, es menos desagradable al paladar: debe adoptarse siempre que no sea tolerado su rival.

Los ioduros de cal (Venot), de amonio (Richardson, Gamberini, Druhen), de talio (Courtade, Pozzi), de almidón (Jullien), de litio (M. Zeissl), son sucedáneos menos importantes, á los que sólo se recurre en casos muy excepcionales.

El *iodoformo* por la boca en nada es preferible al ioduro de potasio; va seguido más fácilmente de náuseas, gastralgias, vómitos, olor muy molesto del aire espirado y del sudor, con frecuencia determina excitación cerebral, vértigos y diplopia (Oberländer). Nosotros lo hemos estado ensayando, á la dosis de 1 gramo, durante uno, dos y hasta tres meses, sin obtener los resultados que ciertamente se hubieran conseguido con el ioduro potásico.

Hé aquí algunas fórmulas:

37. Tintura de iodo, 1; agua, 1.000. Dos cucharadas al día.
38. Ioduro potásico, 10—15—20—25—30; agua, 300. Una cucharada (15 gramos) por la mañana y otra por la tarde, en agua, vino, etcétera, representa 0,50 á 0,75, etc. de ioduro potásico cada vez (el autor).
39. Ioduro de potasio 0,50 á 1 gr.; agua destilada, 200. Aumentar el ioduro de 0,10 ó 0,20 al día hasta 2 ó 3, y después disminuir, en la misma progresión, para terminar el tratamiento con la dosis inicial (el autor).
40. Ioduro potásico, 10; extracto y polvo de regaliz, c. s., para hacer 20 píldoras. Cada una contiene 0,20 de ioduro. 2 á 10 al día.
41. Ioduro de potasio, tartrato férrico-potásico, anís, 10; agua de canela, 20; jarabe simple, 480. De 25 á 100 en 500 de agua fría, para tomar tres veces al día (Puche).

(1) El ioduro potásico no debe darse nunca en cocimiento de quinina, porque precipita en el fondo el ioduro de quinina (Cantani).

42. Ioduro potásico, 12; citrato de hierro, 200; agua destilada, 500. Una cucharada por la mañana y otra por la tarde en un vasito de agua (Diday).

43. Ioduro potásico, 10; aceite de hígado de bacalao, 200. Para consumir en 10 ó 5 días, 2 tomas al día.

44. Ioduro de litio, 0,50 á 1 al día, en píldoras (E. Zeissl).

45. Iodoformo, 0,50 á 1; extracto de polvos de genciana, c. s. Para 10 píldoras, 1 á 5 al día.

Los demás ioduros se prefieren en disolución, según las fórmulas del ioduro de potasio.

Por la vía rectal se introduce el ioduro potásico á la dosis de 2 á 5 en 100 de agua, 1 ó 2 veces al día, cuando las funciones digestivas debilitadas, etc., no permiten la administración por la boca. De Wecker hace gran uso de este medio en las oftalmías específicas.

Por vía hipodérmica, Gilles de la Tourette aconseja inyecciones de un centímetro cúbico de agua con 0,50 de ioduro potásico; sin embargo, Canterano y Parona vieron sobrevenir gran reacción con solo 0,20 ó 30 de ioduro cada vez. Arcari le substituyó en las inyecciones con el ioduro de sodio.

46. Ioduro de sodio, 0,30 á 0,80, agua destilada 1, para hacer 1 á 2 inyecciones diarias (durante dos ó tres semanas) en el espesor de los glúteos. Nunca hubo induración ni dolor, mientras no se pasaba de esa dosis.

El iodoformo puede ser también utilizado en inyecciones:

47. Iodoformo, 0,30, éter sulfúrico, 1 (Pickel);

48. Iodoformo, 0,30, glicerina, 1 (Neumann); ó mejor:

49. Iodoformo, 0,30, éter y glicerina ana, 0,50.

Frente á los preparados mercuriales y los iódicos, se elevan algunas contraindicaciones: introducidos en el organismo, unos y otros pueden provocar ciertos inconvenientes.

Los mercuriales, bien se conviertan en bicloruro y obran como tales (Mialhe), bien se reduzcan á mercurio metálico (Rabuteau) pueden, tomados durante mucho tiempo, entretenerse en casi todos los tejidos: parece que en el hígado pueden detenerse en cantidad mayor y durante más tiempo. Sus principales vías de eliminación son los riñones: se encuentran igualmente en la saliva, en la leche, en el sudor, en las materias fecales.

Küssmaul ha encontrado mercurio en abundancia en el hígado, en los riñones y en el cerebro de un enfermo que hacía cuatro meses no lo tomaba, y á quien en un mes se habían administrado en poco tiempo 60 gramos de ioduro. Wellander (1885) encontró mercurio

en las orinas una ó dos horas después de una inyección. No le encontró en la saliva cuando ya le había en las orinas; cuando existía en la saliva estaba en pequeñas dosis é indicada una entomatitis mercurial. Había relativamente mucho en las heces, algo en la bñlis y la sangre. Admite dicho autor que la eliminación es continúa y no periódica, que puede continuar á los 4 ó 12 meses del fin del tratamiento. Bokhart, Schuster y Vaida Nega han hecho investigaciones en este sentido, de las cuales resulta que la eliminación duró más después del tratamiento con las uncciones y con las inyecciones de calomelanos.

Aplicado sobre la piel, el mercurio (ungüento) puede provocar rubicundez, pápulo-vesículas pruriginosas con infiltración difusa (*eczema mercurial*), sobre todo en correspondencia con los pelos, pústulas, flictenas, etc.: estas y otras complicaciones son fáciles de evitar por la vía hipodérmica.

Introducido el mercurio por la boca, puede causar síntomas gastro-intestinales, y por vía refleja, síntomas tróficos y nerviosos bastante notables.

La boca es el terreno en que más pronto se manifiestan los efectos del mercurialismo, aun siendo éste ligero. El tratamiento con las fricciones y con las inhalaciones, los calomelanos á dosis refractas, el protoioduro más que el bicloruro y el biioduro, determinan la *estomatitis mercurial*: ciertas idiosincrasias particulares, el mal estado de la boca y de los dientes, la poca limpieza, el continuo uso de los alcohólicos, el fumar mucho, facilitan la aparición de la estomatitis; las hembras están más predispuestas que los hombres, y la presencia de los dientes es casi indispensable para su desarrollo (1). Existen entonces dos hechos: la salivación y la inflamación de las encías y de la mucosa bucal; fenómenos que pueden ser uno y otro primordiales, independientes entre sí, aunque generalmente van unidos y dependen uno de otro. La sialorrea puede dar hasta 700 ú 800 gramos de saliva por día, y aun más.

La *ulitis* suele comenzar en el borde los incisivos. La tumefacción de la mucosa puede difundirse al resto de la boca, formándose ulceraciones, sobreviniendo un estado pultáceo, oscilando los dien-

(1) Aun cuando las mucosas que tapizan la cavidad bucal estén sanas, la estomatitis mercurial coincide siempre con el máximo de eliminación del mercurio (Michailowski). La estomatitis mercurial coincide siempre con la existencia de una gran cantidad de mercurio en las orinas (Souchoff). Según Gamberini, Ricord y otros, el clorato potásico es útil también contra esta manifestación, tomando al interior 2 á 5 gramos diarios por 200 de agua.

tes y apareciendo alteraciones de los tejidos blandos y óseos, síntomas que en otro tiempo presenciaba serenamente el médico, que creía su obligación depurar el organismo por esa vía, mientras que hoy las primeras indicaciones obligan á procurar la suspensión de los síntomas bucales: el *tratamiento por el método de la salivación*, de otro tiempo, ha sido sustituido por el *tratamiento con el método de la extinción*. Al desarrollarse la estomatitis, advierten los enfermos cierta molestia y dolor en las encías, sensación de alargamiento de los dientes, sabor y olor metálicos, etc.

Además de las precauciones, cuidadosamente observadas, de limpieza de los dientes, es de evitar cuanto pueda congestionar la mucosa (fumar, abusar de los alimentos salados, de las bebidas alcohólicas, sonar instrumentos de viento, mascar tabaco), se debe impedir el acúmulo del mercurio en la mucosa bucal por medio de los colutorios deterisivos y astringentes. Hace tiempo se ha concedido una eficacia especial al clorato de potasa, ó alumbre quemado, al borax, ácido bórico, 2 á 5, ó bien ácido fénico, salicílico ó timólico, 0,20 á 0,50 por 100 de agua ó de cocimiento de malvas, etc. Pueden añadirse tinturas astringentes, como las de coclearia, ratania, pelitre, etc, ó narcóticas, como opio, cocimiento de adormideras. El enfermo deberá lavar por completo todo el interior de su boca, 4 ó 6 veces al día.

Contra los depósitos difteroides, conviene tocar con tintura de ratania ú de nuez de agallas, ó de iodo. Las ulceraciones profundas se tocarán con un cilindro de nitrato de plata cada 3 ó cuatro días, ó bien, durante otros 10 segundos, con un pincel mojado en ácido clorhídrico: el dolor es entonces muy vivo, pero se calma en 2 ó 3 minutos. Jullien reemplaza el ácido clorhídrico con el ácido crómico monohidrato ó bien en disolución, al 10 ó al 20 por 100, el cual no ataca los dientes: los puntos previamente tocados con el nitrato de plata toman un color rojo de sangre, de bicromato de plata que en nada perjudican los buenos efectos de la medicación.

Conviene recordar aquí que las inyecciones de calomelanos, rara vez producen la estomatitis. El Dr. Scarenzio dice que el cateterismo de los conductos de Stenon no solo es útil en la estomatitis mercurial, sino también en el tratamiento del mercurialismo cuando se manifieste en el organismo entero. Puede practicarse con una cánula de plata de un decímetro de largo y calibre capilar, con la cual se penetra uno ó dos centímetros en el orificio de desagüe del conducto, y haciendo cerrar la boca, se puede recoger saliva que contiene mercurio. Según Scarenzio, cabe utilizar también una paja de centeno, que se renova-

rá naturalmente en cada individuo. Dicho autor ha obtenido prontas ventajas en dos casos, por medio del cateterismo. Contra los dolores de la estomatitis, Bockhart aconseja las embrocaciones—sobre todo antes de las comidas—con una disolución de 5 á 20 por 100 de clorhidrato de cocaína.

Se ha dicho que el mercurio es capaz de provocar el aborto cuando se da á las embarazadas. Ahora bien: Benjamin Bell asegura que el mercurio, convenientemente administrado, consigue casi siempre paralizar la sífilis, que es una de las más poderosas causas de aborto; Ricord (1838) afirma haber visto más abortos en las sífilíticas no mercurializadas que en las tratadas por el mercurio. Vanoni refiere (1872) que el mercurio es para el niño uno de los profilácticos más poderosos y que, opone más amenudo un obstáculo al aborto; depende esto de que no se le da bastante pronto y en abundancia. Lo mismo opinan Rollet, Gemry, Beatty, Roussel, Jacquemier y Fournier.

Los más distinguidos sifiliógrafos italianos se hallan completamente de acuerdo en este punto. El mercurio, á dosis terapéutica no excesiva, no tóxica, dado durante todo el embarazo—con interrupciones más ó menos prolongadas, según los casos—es el único medicamento que en tales casos podrá prevenir el aborto.

En cerca de 100 mujeres sífilíticas embarazadas, que he tenido en mi clínica, he podido comprobar muchas veces tan buenos efectos, sintiendo no haber empleado en algunas de ellas el tratamiento mercurial, por no haber podido vencer la repugnancia que las enfermas oponían.

Es muy equivocado, en las sífilíticas embarazadas, temer más los efectos del mercurio que los del ioduro potásico, y con arreglo á esto, el ioduro potásico debe ser proscripto de la práctica cuando existan signos de tendencia á los abortos, pues los trastornos vaso-motores á que da lugar pueden favorecer las contracciones uterinas y por lo tanto la expulsión del feto.

C. Pellizzari, que es el que consigna éste interesante hecho, se ha ocupado mucho de los nocivos efectos del ioduro potásico, especialmente sobre la piel.

Dicho medicamento puede provocar: una erupción cutánea eritematosa difusa, con grandes manchas, principalmente en el pecho; una forma urticada; el acné papuloso pustuloso y el indurado; forúnculos simples y antracoides; ampollas purulentas que más tarde se reducen á costras rupioides, flictenas como en el pénfigo; nódulos subcutáneos hasta del grosor de una avellana ó una almendra, á ve-

ces con una flictena que por su cuadro complejo puede recordar las lesiones del muermo; ó bien nódulos que en la parte central se llegan á mortificar como un goma. Se han visto también erupciones de púrpura (Fournier y Daffey), de eccema, (Fischer, Mercier.)

Las mucosas de la nariz, de la conjuntiva, de los senos frontales, de la laringe, padecen con gran frecuencia fluxiones catarrales; algunas veces también la faringe (1) las trompas de Eustaquio, el estómago y el intestino. En ocasiones sobreviene asimismo catarro bronquial, disnea, hemotisis, insomnio, aumento en el número de las contracciones cardíacas, pleurodinia (Wallace). La acción diurética del ioduro, cuando se prolonga demasiado el uso de esta substancia, puede ser causa de albuminuria, según dicen algunos autores: sin embargo, nosotros no hemos visto nunca esa complicación, ni aun en personas que estuvieron tomando el ioduro potásico, durante 2 ó 3 meses, á la dosis de 10 gramos al día. Sabido es asimismo que el doctor Puche administra el ioduro potásico á dosis altas, y que todavía son mayores los que se dan á los psoriásicos no infectos (hasta 26 y 40 gramos) sin observar tal inconveniente. No es cosa decidida todavía si puede ser causa de nefritis intersticial (2).

A dosis excesiva, ó por idiosincrasia especial, puede producir el iodismo; éste, agudo ó crónico, es menos grave que el mercurialismo, y suele disiparse espontáneamente (3).

Las lesiones no específicas del corazón, de los pulmones, de los riñones, idiosincrasias particulares, pueden obligar á disminuir las dosis, á dar éste ó aquél medicamento, á administrar una forma mejor que otra, á horas diferentes, etc. Es difícil que con los diversos preparados y puertas de entrada de que podemos disponer, nos veamos obligados á una abstención completa y permanente.

De los medios curativos de que tanto se ha hablado en los últimos años, haciendo de ellos otros tantos competidores de los iodo-mercuriales, no tenemos mucho que decir.

(1) Para prevenir una gran reacción por parte de las mucosas de la nariz y de la garganta, administra Aubert 0,05 gramos de extracto de belladona, al día, en píldoras.

(2) Hace poco vió el Dr. Duchenne que, por el uso de dosis crecientes de tintura de iodo por la boca, se dispó en 10 días la albuminúcia de un enfermo con nefritis intersticial.

(3) A un enfermo de 34 años, se le administraron, según dice Mauriac, 0,50 de ioduro potásico. Por la noche aparecieron simultáneamente los siguientes síntomas: cefalalgia atroz en la frente y las partes anteriores; calor en la piel, pulso á 80, agitación extrema, con angustia precordial y dolores subesternales, insomnio, rubicundez de uno de los párpados, lagrimeo; nariz tumefacta, roja, obstruidos sus agujeros; salía por la nariz un liquido seromucoso; los principales fenómenos se manifestaron, pues, en la nariz y la laringe. Uvula enormemente edematosa, afoña casi completa, acompañada de disnea. La literatura refiere varios casos de iodismo agudo.

El *bicromato de potasa* ha sido recomendado por Güntz con tal cúmulo de resultados, que merece la pena de emprender alguna prueba.

El *jaborandi*—ó mejor el *clorhidrato de pilocarpina*—, en inyecciones hipodérmicas, puede emplearse para activar las funciones eliminadoras de la piel, tanto contra la sífilis como contra el mercurialismo.

El *tayuya* no tiene gran valor antisifilítico.

La *zarzaparrilla* ha sido considerada por Berkeley-Hill como muy oportuna para soportar grandes dosis de ioduros dicho autor no deja nunca de administrarla después de un prolongado tratamiento mercurial. Bidenkaya deduce de sus observaciones (1886) que la zarzaparrilla es muy útil, tanto en el período terciario como en los estadios avanzados del secundario: se prepara un cocimiento con 30 ó 50 gramos por 500 de agua, prolongando su uso durante 3 á 6 semanas. En el mercurialismo, como depurativo, y en las graves ulceraciones atónicas cutáneas, la zarzaparrilla puede ser un buen vehículo de los dos remedios capitales.

El *guayaco*, la *bardana*, el *sasafrás*, la *quina-quina*, aunque no poseen en realidad una acción específica, pueden, de un modo análogo, escitar útilmente las funciones cutáneas.

Con el *cocimiento de Zittmann* hemos obtenido buenos resultados, en la clínica del difunto Hébra y en la nuestra, en casos de sifilodermas pustulo-tuberculo-ulcerosos. En los adultos se pueden dar 240 gramos del fuerte y otros tantos del debil, cada día.

El *remedio de Pollini*, de dos siglos de fecha y que, según su propietario «justifica su elevado precio con la inmensidad de sus beneficios,» bajo la forma de *agua ó polvos*, se dice ha proporcionado muchos éxitos en Italia y otros países, en casos de formas graves, á veces rebeldes á los iodo-mercuriales. Se halla indicado sobre todo en las formas graves inveteradas, secundarias ó terciarias, refractarias al mercurio y que conducen á la caquexia.

En los últimos años, Bumstead encontró ventajoso el extracto fluído de *eritroxilon coca*, el cual obra, según parece, aumentando la tolerancia y además como tónico.

Con frecuencia, á los medios antiflogísticos conviene añadir los ferruginosos, los tónicos, los arsenicales, etc.

Las *aguas minerales* ocupan un lugar importante, estableciendo el paso más natural de los medios medicamentosos á los higiénicos. Las aguas sulfurosas—Tabiano, Trescorre, Porreta, Aqui, Riolo, Nápoles, Albula (á 21 kilometros de Roma), las Rainerianas, cerca

de Padua;—las aguas bromo-ioduradas—Salsomaggiore, Rivanazzano, Castrocano, Sales, etc.;—las arsenicales—Levico, Roncegno,—y las salinorcloruradas—Montecani, Abano, Battaglia, Monteortone, etc.—según los casos, por la boca, en baños, ó de ambos modos... tienen una acción real sobre la enfermedad y pueden favorecer en algunos casos la tolerancia y la absorción de los específicos.

[No existe ninguna agua mineral que sea capaz por sí sola de curar la sífilis por no conocerse ninguna agua mercurial; pero es indudable que, como complemento del tratamiento de la sífilis, como coronamiento de su terapéutica, las aguas sulfurosas y en particular las de Archena (1) en nuestro país, prestan un resultado positivo, pero es necesario que haya oportunidad en su indicación.

Todos los sifiliografos estan viendo el absceso que se hace de estas aguas y el uso intempestivo de ellas dando origen esto ó no pocas complicaciones y desordenes. Es la sífilis enfermedad que, como pocas, tiene una terapéutica positiva y segura, pero es preciso que haya un método científico en la administración del *específico* de esta enfermedad, el *mercurio*, y después el *ioduro potásico*. Las aguas sulfurosas llenan el complemento de la terapéutica después que el enfermo ha sido saturado (digámoslo así,) de los mercuriales, entonces estas aguas despiertan reacciones en la economía y concluyen con los últimos gérmenes maléficós del mal.—H. B.]

Las aguas que contienen ácido sulfhídrico, encontrando mercurio en el estómago, forman una sal insoluble. Los baños sulfurosos excitan la circulación sanguínea y linfática y por consiguiente los cambios tróficos, la eliminación del mercurio que pudiera haber en el organismo y también la absorción y circulación del que se haya introducido: en el primer caso provocan á veces una estomatitis transitoria y otras veces pueden impedir que se desarrolle: suspendido el mercurio, combaten en efecto sus tristes consecuencias.

Desde hace muchos años, se habla en Italia de la aptitud que tienen los baños sulfurosos para provocar erupciones específicas, en los casos en que no se sabe si la enfermedad se ha extinguido todavía (2); en Francia se da hoy á este concepto una gran importancia,

(1) Archena (Murcia). A 2 Km. del pueblo de su nombre en la margen del rio Segura partido judicial de Mula (22 Km.) provincia de Murcia (24 Km.) á 38.º 7'52" de lat. Norte 2.º 31'1" lat. S. del meridiano de Madrid y á 122 m. sobre el nivel del mar. Yacimiento Terreno nurmulítico, confinado con el miócenó. *Temperatura* 52,5 *densidad* 1,00 31.

Clarificación clorurado sódicas sulfurosas variedad iodurada.

(2) El italiano Bacci, en 1571, dejó escrito que las aguas minerales provocan manifestaciones sífilíticas. Con el tratamiento termo-sulfuroso se despiertan los dolores, las cefu-

atribuyendo á los baños sulfurosos una virtud reveladora, en la cual se puede contar con fé como si fuera una verdadera *pedra de toque* de la sífilis latente.

El Dr. Jullien, dice, respecto á este punto, que «el tratamiento sulfuroso expone á los sujetos, á quienes el virus deja perfectamente tranquilos, á manifestaciones espantosas, que, dado el período en que sobrevienen generalmente, pertenecen, con toda probabilidad, á la fase terciaria (osteopatías, encefalopatías), y que, cuando no se producen, no es posible ninguna conclusión.»

Añade que, á pesar de su inutilidad, el tratamiento llamado revelador es muchas veces perjudicial, y quita al enfermo la ilusión de una curación completa y definitiva.

Los *baños de vapor* pueden también facilitar la expulsión por un lado, y la tolerabilidad por otro, respecto al mercurio.

La *hidroterapia* merece ser recomendada, especialmente en las formas terciarias del eje cerebro-espinal. Gracias á la actividad que imprime á la circulación capilar general, la absorción es tan fácil, que se han visto individuos en los cuales 10 centigramos de potasio duro de mercurio, no producían ningún efecto apreciable, y que presentaron salivación, bajo la influencia de la hidroterapia, con dosis de 25 miligramos de proto-ioduro de mercurio.

La hidroterapia ha sido asociada por algunos á la *cura famis* ó *tratamiento árabe*. Este consiste en nutrirse exclusivamente, durante 40 días, con paso seco, almendras, nueces, avellanas, higos secos y pasas, con agna por única bebida. Diday ha obtenido excelentes resultados de la *cura famis*.

Hay algunos casos, con formas tan rebeldes y fáciles de recidivar, en sujetos tan mal dispuestos por su estructura, constitución, hábitos, profesión, ambiente, etc.....; para los cuales puede ser conveniente—y á menudo hasta indispensable—un cambio temporal de clima, de profesión, de costumbres, etc.

En los diversos medios que hasta aquí hemos mencionado, ora conduzcan ó mantengan las fuerzas orgánicas, favoreciendo la eliminación del *virus*, ora avaloren la eficacia de los iodo-mercuriales, hay que tener siempre en cuenta las reglas generales de terapéutica.

No reina mucho acuerdo respecto al *método de tratamiento* iodo-mercurial. Hay quien emprende el tratamiento general al primer in-

algias, las erupciones cutáneas, las oftalmias, las inflamaciones crónicas del periosteo y del aparato genito-urinario que forman el triste cortejo de la sífilis confirmado y de la que se se reproduce. (Del Ponte di Acqui, 1850).

dicio de la sífilis primacia, otros solo al comenzar la secundaria, no falta quien espera resignado la gravedad de las manifestaciones, contra las cuales no bastaran la higiene vigorosa y los tónicos (*método expectante*); alguno se fija, sobre todo, en el aspecto de la infección y le combate según los casos, con un método determinado (*método reglamentario*), otro se siente débil frente á la esencia del mal, es decir, del *virus*, y atacan tan sólo sus manifestaciones cuando ya van disipándose (*método de oportunidad, oportunismo*); por último, no falta quien hace una guerra encarnizada al mercurio y lo considera como causa, quizás única, de las manifestaciones terciarias (*antimercurialismo*.)

En tales circunstancias conviene fijar algunos puntos, sobre los cuales ha formulado ya sus juicios la experiencia.

El mercurio y el iodo, divididos ó unidos, tomados poco tiempo después de la infección (1), no impiden la aparición de los accidentes de los diversos períodos: aun cuando se administren, á alta dosis, de una manera continua y repetida, se ven manifestaciones secundarias y terciarias, más ó menos intensas. No está bastante demostrado todavía que las formas terciarias sean más frecuentes en los individuos que no han hecho uso de un tratamiento mercurial: éste, en cambio, no puede considerarse extraño á ciertas localizaciones nerviosas terciarias.

Si se entiende por específico *un remedio que cura constantemente, por un mecanismo desconocido, ciertas enfermedades*—como dice Littré (2)—ni el mercurio ni el iodo merecen en realidad ese apelativo. ¿Cómo obran? Aun estando nosotros convencidos de que su acción es maravillosa, no neutralizan, ni destruyen el *virus*, no secan sus fuentes, en términos de que lleguen á evitar la posibilidad de nuevas apariciones, de nuevos ataques.

No hay, como ha escrito Ricord, ninguna dosis, ni forma farmacéutica, ni duración de tratamiento que pueda conferir una segura curación, que permita garantizar la extinción completa, absoluta, radical de la enfermedad; las recidivas son posibles, cualquiera que sea el método de tratamiento: el mercurio y el iodo ni previenen,

(1) Un estudiante, tratado por Díday, á pesar de haber sido mercurializado en abundancia, durante una úlcera venérea, infestado poco después, padeció un sífiloma y manifestaciones secundarias, que recorrieron todas sus fases, con la misma regularidad é intensidad que si nada hubiera tomado.

(2) Littré. *Diccionario de medicina, cirugía, farmacia, veterinaria y ciencias auxiliares*, versión española de la 16ª edición francesa, por los doctores J. Aguilar Lara y M. Carreras Sanchis (En publicación). Valencia, 1889.

como alguno cree, contra la recidiva de la sífilis, ni la curan por completo.

Aun admitiendo que podamos vencer el agente morbífico, hacer más leves y tardías sus manifestaciones, el uso de tales medicamentos puede debilitar las fuerzas orgánicas que, aniquiladas por las erupciones sifilíticas, no encuentran quizá en tales medicamentos aliados poderosos para defenderse de la enfermedad: el organismo se acostumbra al contacto—especialmente del mercurio,—en términos que, en la hora de mayor necesidad, no puede confiar tanto en sus efectos: ningún plan mercurial sucesivo nos da resultados tan eficaces como el primero.

Apesar de lo dicho, la acción de los iodo-mercuriales contra las manifestaciones sifilíticas se destaca en el campo de la terapéutica especial, por sus admirables efectos.

Siendo escasísima y dudosa la virtud profilaéctica de los iodo-mercuriales, rara en su curso la sífilis y relacionada con el modo de ser especial del individuo... se comprende que no es empresa seria el querer estereotipar, ni aún á grandes rasgos, un método general curativo. Así se comprende que todo el que ha intentado dar un programa sistemático de tratamiento, se ha visto obligado á modificarle una ó más veces, y aun á formular otro nuevo. La razón de esto estriba en que, como hemos dicho tantas veces, el médico es llamado para ver, no una enfermedad, sino enfermos, y en que diez personas de un mismo sexo y edad, infectadas al propio tiempo y de un foco idéntico, pueden presentar diez formas de enfermedad, tan diversas, que sería extraño que pudieran curarse todos por los mismos medios, en igual período de tiempo y con una dosis fijada de antemano.

Se recurrirá con la mayor atención á la higiene y, según las necesidades, á los reconstituyentes, á los tónicos, etc. se combatirá la sífilis con medios generales, tan pronto como aparezca, y con mas ó menos energía según su gravedad. Esta es, hace muchos años, la bandera de nuestro programa terapéutico.

Debemos añadir aquí algunos hechos.

En primer lugar, por regla general, las lesiones se disipan por completo algún tiempo después de que nuestros sentidos las crean curadas: aun estando casi estinguidas, pueden exacerbarse de nuevo y por consiguiente el tratamiento debe continuarse algunas semanas después de la curación aparente. Esta próroga deberá estar en razón directa de la duración de la lesión y de la refractariedad á los medios terapéuticos.

En segundo lugar, las madres sifilíticas pueden infectar al fruto

de su concepción y en este pueden mezclarse las manifestaciones terciarias y secundarias: un gravísimo estado visceral apenas suele manifestarse por raras lesiones cutáneas ó mucosas. Dada la obscuridad que existe respecto á los hechos que, en un caso determinado, se desarrollan durante la vida intrauterina no es ilógico recomendar en tales casos un tratamiento prolongado de la embarazada. Se hará esto con breves interrupciones—tratamiento intercurrente—durante el mayor número posible de meses, y sobre todo con los preparados mercuriales.

Por último, la escasa virtud profiláctica que los iodomercuriales tienen en algunos casos, se utilizará en el paso del invierno á la primavera, y del verano al otoño, en cuyas épocas suele dar signos de vida la infección, y también en la época del matrimonio.

Aun cuando no haya manifestaciones, nos vemos obligados muchas veces á recurrir al mercurio y al ioduro potásico.

Hay algunos que colocan el ioduro por debajo del mercurio. Con todo, es lo cierto que tiene una acción más profunda, y además es menos tóxico; puede darse con mayor confianza á dosis elevadas, el organismo no se habitúa tan pronto, y además el medicamento tiene una esfera de acción muy extensa. Conviene: 1.º En las formas ulcerosas y fagedénicas del accidente primitivo; 2.º En el período de incubación de los fenómenos secundarios, sobre todo para combatir la fiebre y la cefalalgia; 3.º En las sífilides fagedénicas, profundamente destructivas, en las sífilodermas papulo-pustulosos y papulo-tuberculares.

En las lesiones terciarias, especialmente viscerales, salvo los casos en que ha sido inútil un tratamiento inmediato, aplicado debidamente, es más eficaz un tratamiento mixto enérgico, (ioduro potásico y fricciones mercuriales, ioduro potásico é inyecciones de calomelanos, etc.) al cual debe recurrirse en las formas graves, sobre todo si amenazan la existencia.

En las manifestaciones secundarias y en las de transición, el protoioduro mezclado con ioduro potásico da los mejores resultados.

Existe cierto antagonismo entre la acción del mercurio y la del iodo. Así, por ejemplo, ocurre á veces que algunas pápulas del velo palatino, tenaces, imperturbables, aun continuando el uso del mercurio, se disipan rápidamente cuando se administra el ioduro.

FIN

INDICE

	Páginas.
A mis compañeros y discípulos.....	5
PARTE PRIMERA.—ENFERMEDADES VENÉREAS	
<i>Introducción</i>	7
<i>Proceso blenorragico</i>	8
Uretra del hombre. Recuerdos anatomo-fisiológicos y modos de examen.....	13
Blenorragia uretral (hombre).....	17
Balano-póstitis.....	32
Fimosis y para fimosis.....	34
Foliculitis, perifoliculitis y periuretritis.....	36
Coowperitis blenorragica.....	37
Prostatitis blenorragica.....	38
Cistitis blenorragica.....	43
Pielitis blenorragica.....	47
Inflamación de las vías seminales por blenorragia.....	49
Poluciones y espermatorrea.....	49
Estrecheces uretrales.....	57
Inflamaciones blenorragicas en la mujer.....	63
Vulvitis y bartolinitis.....	65
Vaginitis.....	67
Metritis.....	70
Uretritis.....	72
Linfoadenitis por blenorragia (en uno y otro sexo).....	73
Conjuntivitis blenorragica.....	73
Reumatismo blenorragico.....	75
<i>Úlcera simple ó venérea</i>	77
Linfoadenopatías sucesivas ó blenorragias y úlceras venéreas. Bubones.....	86
Vejetaciones, condilomas acuminados.....	92

PARTE SEGUNDA.—ENFERMEDADES SIFITÍICAS

<i>Generalidades</i>	97
Etiología de la sífilis. Orígenes, vehículos y topografía del contagio.....	102
Esencia del virus sífilítico. Modos de contagio.....	106
Inoculaciones experimentales.....	112
Inmunidad contra la sífilis.....	115
Sifilización.....	116
Reinfección.....	118
Inoculaciones mixtas.....	118
Sífilis animal.....	118
<i>Período de la sífilis primitiva</i>	118
Sífiloma. Incubación y desarrollo.....	119
Asiento, complicaciones y linfadenopatías sintomáticas.....	126
Anatomía patológica y diagnóstico.....	132
Pronóstico y terapéutica.....	139
Doctrinas sifilográficas (identismo, unicismo, dualismo).....	145
Trastornos constitucionales en el período de incubación de los accidentes generales (clorosis, fiebre, etc.).....	148
<i>Período secundario</i>	153
Sifilodermas secundarios. Generalidades.....	153
Sifiloderma maculosó.....	159
— de pápulas secas.....	163
— de pápulas húmedas.....	170
— vesiculoso ó flictenular.....	174
— pustuloso.....	176
— pigmentario.....	182
Sifilides mucosas. Generalidades.....	183
— — de la boca.....	185
— — de la faringe, del oído y de la nariz.....	194
— — de la laringe.....	197
— — de los órganos genitales.....	200
— — del ano.....	202
— — de la conjuntiva.....	203
Lesiones de las uñas y de los pelos.....	203
Oftalmopatías secundarias.....	206
Afecciones del sistema locomotor.....	210
Epididimitis é ictericia durante la sífilis secundaria.....	213
Orquitis sífilítica.....	214
<i>Período terciario</i> . Generalidades.....	217

	<u>Páginas.</u>
Lesiones terciarias de la piel.....	218
Sifiloderma pustuloso (rupia).....	219
— tubercular (gomas dérmicos ó intradérmicos) sifiloderma nodular.....	220
Sifilodermas malignos precoces.....	224
Gomas del tejido conectivo subcutáneo.....	225
Lesiones terciarias del aparato digestivo.....	231
— — del aparato respiratorio.....	236
— — del sistema circulatorio y de los órganos hemopoyéticos.....	240
Lesiones terciarias de los órganos genitales (en uno y otro sexo)..	243
— — de los huesos.....	247
— — de los músculos, tendones, aponeurosis y articulaciones.....	251
Lesiones terciarias de la lenguas.....	252
— — del sistema nervioso.....	256
<i>Sífilis hereditaria</i>	266
Profilaxia contra la sífilis.....	285
Terapéutica general de la sífilis.....	287

