

La sífilis / por Jonathas Hutchinson ; tr. directamente del inglés por Alfredo Opisso y Viñas.

Contributors

Hutchinson, Jonathan, Sir, 1828-1913.

Publication/Creation

Barcelona : Ramón Molinas, 1888.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/pp9fz4qp>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



F. ix. b

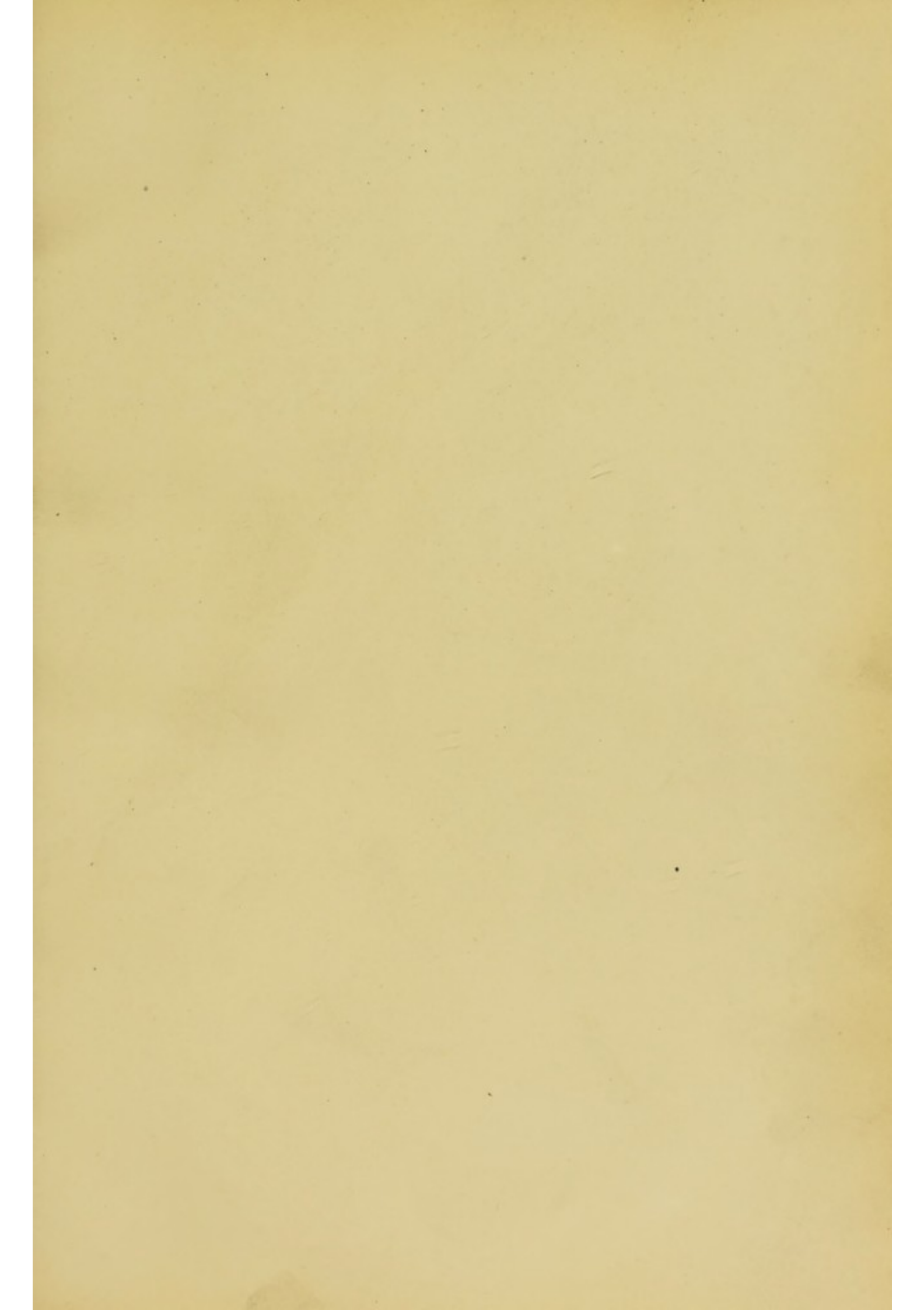
19



22101762874

Med
K28115







MANUALES CLÍNICOS
PARA
PRÁCTICOS Y ESTUDIANTES
DE MEDICINA



Digitized by the Internet Archive
in 2016

<https://archive.org/details/b28136275>

55540

LA SIFILIS

POR

JONATHAS HUTCHINSON

CIRUJANO CONSULTOR

DEL HOSPITAL DE LONDRES Y DEL REAL HOSPITAL OFTÁLMICO
Y VICEPRESIDENTE DE LA SOCIEDAD REAL DE CIRUGÍA

TRADUCIDA DIRECTAMENTE DEL INGLÉS

POR

D. ALFREDO OPISSO Y VIÑAS

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA
EX MÉDICO DE LA ARMADA POR OPOSICIÓN, INDIVIDUO DE VARIAS ACADEMIAS
Y CORPORACIONES CIENTÍFICAS DE MADRID Y BARCELONA

Ilustrada con 8 cromolitografías

BARCELONA

ESTABLECIMIENTO TIPOLITOGRAFICO EDITORIAL DE RAMÓN MOLINAS

CALLE DE LAS CORTES, NÚMS. 365 Á 371

1888

Es propiedad del editor
Queda hecho el depósito que
marca la ley

14792699

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Call.	Wellcome
Call.	
No.	WC

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Call.	wellcome
Call.	
No.	WC160
	1887
	H97s35

A

ALFREDO FOURNIER

COMO DÉBIL MUESTRA DE AMISTAD Y ALTA ESTIMACIÓN

DEDICA ESTA OBRA

El Autor

ALL RIGHTS RESERVED

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILL.

1913

PRÓLOGO

La literatura sifiliográfica está plagada de mal fundadas opiniones y de hechos que no merecen confianza. Aunque por algunos conceptos se puede considerar bastante fácil el estudio de esta afección específica, por ofrecer datos de estudio más determinados que no en otras enfermedades, también ofrece muchas causas especiales de error. A nuestros pacientes no les faltan las menores razones para callar la verdad exacta; y, con más frecuencia aún, no la conocen ellos mismos. El curso es lento, y la historia de los casos que debemos investigar se extiende no pocas veces á un período de muchos años. A menudo las circunstancias nos impiden dirigir preguntas que deberíamos hacer. Ninguno de los síntomas de la afección es patognomónico, y, con los mejores deseos del mundo de ser sinceros, así los pacientes como las personas que les aconsejan pueden darnos pormenores equivocados. Siendo tales los orígenes de error, es prudente desconfiar de todos los hechos aislados, por definidos que puedan parecer, fiando casi sólo de proposiciones que están de acuerdo con la experiencia general. En el asunto de que se trata hay todavía mucha insegura-

ridad respecto al conocimiento que tenemos de numerosas cuestiones de importancia.

En las siguientes páginas he atendido menos al desenvolvimiento sistemático que á la exposición clínica, á la cual he consagrado mis mayores esfuerzos, con la esperanza de que aquéllos que honren este libro con un atento examen obtendrán de sus páginas claras impresiones sobre el presente estado de nuestros conocimientos en los más de los puntos á que se refiere.

Espero también que no se echarán de menos las indicaciones necesarias sobre la clase de investigaciones que aun se necesita hacer en muchos sentidos. He procurado que los numerosos hechos á que me refiero digan su propia historia, dejando que sus diversos puntos débiles, en cuanto á evidencia, aparezcan en relieve. Confío en que se observará que no he tratado de exagerar la precisión de nuestros conocimientos, y que evito en lo posible todos los asertos dogmáticos. Mi objeto ha sido indicar el camino hacia los principios generales que, una vez aceptados, pueden ahorrar la necesidad de muchos detalles que se hallan en los tratados sistemáticos. Repetidas veces se ha visto confirmado que el diagnóstico de la sífilis está rodeado á menudo de dificultades, y que su reconocimiento en las diversas formas que la enfermedad presenta se alcanza más bien por una cuidadosa apreciación de todos los hechos del caso que no por tener confianza en ningún síntoma.

El credo que predomina, no sólo en esta obra, sino en todo cuanto yo he escrito sobre sífilis, es que la afección depende de un microbio vivo y específico que es contagioso ó transmisible sólo mientras conserva su vitalidad. Creo que es de la mayor importancia tener presente esta doctrina, porque simplifica nuestro razonamiento y aclara nuestro modo de ver á cada paso. Considerando los triunfos que el estudio de la *Bacteriología* alcanzó estos últimos años, es, á la verdad, sor-

prendente, que ninguno haya sido capaz hasta ahora de demostrar la existencia del microbio especial de la sífilis. Yo abrigo la mayor confianza de que el descubrimiento está reservado para algún futuro investigador.

Debo rogar á los innumerables escritores sifiliógrafos, me dispensen por no haber tomado de sus obras sino un número comparativamente escaso de referencias. Además debo advertir que los reducidos límites de este libro me impiden establecer controversias y hacer la historia del desarrollo de las varias opiniones; pero es de justicia reconocer aquí que debo mucho á las admirables obras sistemáticas de los Sres. Hill y Cooper, del profesor Baumler y de los doctores Bumstead y Taylor. Estoy muy agradecido también al profesor Alfredo Fournier, á quien ofrezco con gusto la dedicatoria.

Nadie reconoce mejor que yo que el adelanto en nuestros conocimientos, por lo que hace á la sífilis, durante los últimos años, ha sido resultado del trabajo de muchos observadores, y á nadie hubiera complacido tanto como á mí darlos á conocer si lo hubieran permitido los límites de la presente obra.

PARTE PRIMERA

OBSERVACIONES GENERALES

CAPITULO I

Primeros síntomas, etc.

Para comprender bien la sífilis, precisa lo primero hacerse cargo de que no es necesariamente, en manera alguna, una enfermedad venérea. Sus diversas manifestaciones resultan de la introducción, en la economía del paciente, de un veneno específico, compuesto, según todas las probabilidades, de elementos figurados ú orgánicos. Se puede comunicar de un individuo á otro por el solo contacto directo de las superficies; y cuanto más finos y delicados son los tejidos expuestos á su contagio, más fácil es la inoculación del virus. La existencia de grietas, escoriaciones ó úlceras, aunque no esencial, contribuye mucho á favorecer aquélla; y poco importa en qué parte del cuerpo se efectúa, pues la sífilis es siempre la misma enfermedad, y su curso únicamente se modifica por las particularidades inherentes al individuo que la contrae y por el tratamiento empleado. Es claro que el acto venéreo favorece muy especialmente la trasmisión de un virus de esa especie, que requiere una inoculación directa en tejidos muy delicados; y de aquí el hecho de que la sífilis se comunique de este modo

las más de las veces. Sin embargo, en la práctica se observan numerosos casos en que el contagio se adquiere en órganos que no son los genitales, como por ejemplo en los dedos, en los labios, á consecuencia de un beso, ó de usar pipas sucias, ó de beber en ciertos vasos; en las pústulas producidas por la vacuna, y, en fin, en cualquiera parte de la superficie que se haya inoculado accidentalmente. El estudio de algunos de estos casos tiene aún más importancia que el de aquellos en que se adquiere el mal de la manera más común, puesto que las fechas se pueden fijar á menudo mejor, y atendido que algunas veces sucede (como en los casos de sífilis vaccinal) que cierto número de personas contraen la enfermedad en el mismo día y por igual procedencia. Cuando ocurren estos accidentes, se ofrece, por excepción, buena oportunidad para observar el desarrollo natural de la enfermedad.

El estudio de tales casos nos da la convicción arraigadísima de que los primeros períodos de la sífilis son muy uniformes en su duración, tanto como los de los exantemas. Podemos especificar convenientemente los siguientes estadios: 1.º, el que transcurre entre la fecha del contagio y la primera manifestación de la alteración local; 2.º, el que media entre la última fecha y el completo desarrollo de los síntomas locales; y 3.º (volviendo á la fecha del contagio), el que precede á la manifestación de los síntomas constitucionales. La sífilis, lo mismo que los exantemas, va seguida, á su debido tiempo, después que el veneno ha tenido ocasión para mezclarse con la sangre, de los citados síntomas, que son: alteración febril, unas veces aguda y otras apenas sensible; erupción en la piel y en las superficies mucosas, y congestiones transitorias ó inflamaciones de muy diversos órganos y tejidos. Es costumbre llamar, á los fenómenos locales que resultan directamente del contagio, *síntomas primarios*; los que siguen, cuando toda la sangre está envenenada, se designan con el nombre de *secundarios* ó constitucionales; y resérvase el calificativo de *terciarios* para una clase distinta de síntomas que pueden manifestarse en muy diversos períodos después de haber desaparecido los demás. Aunque los períodos de la sífilis son probablemente muy uniformes, como ya hemos dicho, cuando

no influye en ellos el tratamiento médico, se debe reconocer que su gravedad varía mucho según los individuos. Esta observación es aplicable á todos sus períodos y á sus diversas manifestaciones. Prescindiendo de la constitución del paciente, de su edad, de la parte inoculada ó del origen del virus, podemos observar, así en los síntomas primarios como en los secundarios, las mayores diferencias en cuanto á gravedad. El segundo período puede ser casi fatal en un caso y apenas perceptible en otro: las manifestaciones terciarias no se observan en muchas personas que han sufrido considerablemente en el segundo período, mientras que pueden afectar con pertinacia, en casos excepcionales, á los que padecieron muy poco al principio. La diversidad de los tratamientos influye hasta cierto punto, como ya se comprenderá, en estas aparentes discrepancias; pero no del todo. Siempre queda mucho que sólo se puede explicar por la idiosincracia del individuo; y yo creo que una observación análoga es aplicable á las fiebres específicas llamadas *exantemas*.

El estudio de la sífilis se ha hecho mucho más difícil que lo sería de otro modo, en atención á que su contagio se verifica muy rara vez por un humor simple. En la mayoría de casos no sólo se trasmite el virus de la sífilis, sino también, al mismo tiempo, los productos contagiosos de formas peculiares de naturaleza inflamatoria; de lo cual resulta que los síntomas locales ó primarios aparecen complicados á menudo, y vemos en el mismo sitio los resultados de la inoculación de los materiales inflamatorios y del verdadero virus. Además puede suceder, y con frecuencia sucede, que, ó sólo se produce el contagio por dichos materiales, ó bien los efectos de éstos destruyen el virus específico que estaba mezclado con ellos. Pasaremos ahora al estudio de estas dos clases de síntomas locales.

Chancros infectantes ó indurados.—Si se inocular el virus de la sífilis en su forma pura, rara vez produce irritación al principio: siempre transcurre un período de tres á cinco semanas antes de que se observe la menor alteración local; pero al fin de este período se ve una mancha rojiza, que produce más ó menos escozor y que va extendiéndose de día en día, formándose

en breve como una pápula, hasta que al cabo de una semana, ó muy poco más, conviértese tal vez en un pequeño disco indurado: la dureza es muy marcada, y sus bordes bien limitados. No hay mucha inflamación alrededor, y la superficie de la úlcera suele supurar poco. Á decir verdad, en algunos casos puede no haber ulceración, ni la más ligera secreción; pero al cabo de cinco semanas desde la fecha del contagio, la induración aparecerá probablemente muy marcada. Proseguirá así más ó menos tiempo (por lo regular según el tratamiento), pero nunca persistirá indefinidamente, aunque se abandone; y á menudo desaparece después de una breve duración, aunque también puede persistir algunos meses. El número de estos chancros duros dependerá de los diferentes puntos que fueron inoculados al mismo tiempo, como sucede con las pápulas de la vacuna. No es muy común ver más de uno; y si hay dos, tres ó más, siempre se hallan en igual estado de progreso, debiéndose advertir que después de haberse desarrollado el primero no se producen otros, aunque pueden darse algunas excepciones á que me referiré después. Tanto es así, que si se tratase de producir más por inoculación directa, no se obtendría resultado. Simultáneamente con el desarrollo de la induración local, se suele efectuar también el de las glándulas linfáticas más próximas. Si el chancre está situado en el dedo, las glándulas de la axila son las que se infartarán; si en el labio, las que se hallan debajo del maxilar; y si en los órganos genitales, habrá infarto en las de la ingle. El carácter del abultamiento de las glándulas será análogo al del chancre primitivo, es decir, que habrá mucha induración y poca tendencia á la inflamación difusa. Las glándulas se mantendrán separadas una de otra y más ó menos movibles. El grado de induración justificará á menudo el calificativo de *bubón*.

Chancros blandos no infectantes.—Las lesiones que resultan de la inoculación de los productos inflamatorios ó mixtos son del todo diferentes. Parece que algunas de las inflamaciones resultantes de la sífilis, pero no acompañadas de la presencia del virus, pueden producir una secreción muy contagiosa y peculiarmente irritante, secreción que si se inocular produce inflamación muy pronto. Los chancros se forman al ca-

bo de un día ó dos del contagio, y van seguidos de ulceraciones y de secreción de pus, susceptible de inocular otras partes. De aquí resulta que esos chancros pueden ser múltiples al principio, ó después; y si se practica el experimento de la inoculación artificial en alguna otra parte del cuerpo del paciente, se reconocerá muy bien el hecho, porque aparecerán chancros del todo análogos. Los de esta especie no presentan nunca marcada induración, y por eso se llaman *blandos*; pero debe recordarse que es muy posible que uno ó más de ellos se induren al fin de un período de cuatro semanas de incubación. También se ha de tener presente que, si bien el chancre infectante es *duro* en los casos típicos, no siempre tiene este carácter. La división vulgar en chancros *blandos* é *indurados*, sin tenerse en cuenta la causas que acabo de enumerar, conduce á numerosos errores.

Los caracteres de los chancros no indurados que segregan pus, son muy diversos; pero los más comunes consisten en tener los bordes cortados á pico, el fondo de color gris, aspecto sucio y mucha inflamación alrededor. Es un hecho notable que el chancre blando no se vea casi nunca sino en los órganos genitales; lo cual podría explicarse, sin duda, por el hecho de que la vitalidad de los elementos del pus es mucho menor que la del verdadero virus sífilítico. Así, por ejemplo, si se hallasen en contacto con el labio ó el dedo, y aun junto á una escoriación ó á una herida, probablemente desaparecerían mucho más pronto que el verdadero virus. Los repliegues de la mucosa de los órganos genitales les ofrecen, sin embargo, alguna protección, favoreciendo así el éxito de su contagio. El chancre blando, lo mismo que el indurado, es muy propenso á producir el infarto de las glándulas linfáticas, y, lo mismo que en el primer caso, este abultamiento es del mismo tipo que el de la úlcera que lo produjo, á la cual acompaña una inflamación excesiva. Las glándulas afectas se infartan mucho, y, quedando invadido el tejido conjuntivo peri-ganglionar, adhieren entre sí formando una masa. La supuración de las mismas y del tejido conjuntivo que las rodea, en vez de ser excepcional, constituye la regla.

Es muy posible que un paciente, después de haber estado

afectado de chancros blandos y un bubón que supura, no experimente posteriormente algunos trastornos constitucionales. Ocurren muchos casos en que sucede así; pero estoy seguro de que son menos comunes de lo que se cree en general, y que, las más de las veces, los chancros, blandos al principio, cuyo curso no cambia, resultan después infectivos. El médico debe mostrarse muy reservado al emitir su opinión sobre este punto; pues si el paciente no ha padecido antes nunca sífilis, cualesquiera que sean los caracteres que el chancre primitivo pueda revestir, existe la probabilidad de dos contra uno de que después se demostrará que contenía gérmenes de la verdadera sífilis. Los términos *infectante* y *no infectante*, ó chancre verdadero y chancre falso, podrían sustituir convenientemente á los adjetivos *blando* é *indurado*; pero, úsense las denominaciones que se quiera, se ha de comprender que el chancre blando precede con mucha frecuencia al indurado, ó, en otros términos, que el primero puede ser muchas veces infectante. Lo mismo sucede con el bubón: un chancre infectante puede ocasionar repetidas veces supuración de las glándulas, mientras el no infectante puede ir acompañado únicamente de un moderado abultamiento de aquéllas, en el cual no se manifiesta nunca tendencia á la supuración. Sentados estos hechos, sería absurdo empeñarse en someter á reglas bien definidas el diagnóstico del chancre. Los preceptos generales que hoy tenemos, sin embargo, son bastante seguros si nos contentamos con aplicarlos generalmente, sin olvidar que hay muchas excepciones.

Relación del herpetismo con los chancros sífilíticos primitivos.—En este párrafo debemos tratar de la relación entre la verdadera sífilis y una afección muy peculiar llamada *herpes*. Las vesículas herpéticas pueden producirse en los órganos genitales de ambos sexos, independientemente de toda causa venérea; y si se han manifestado alguna vez, son muy propensas á repetirse. Creo que es muy raro que se presenten antes de la pubertad; y si es que aparecen alguna vez, con frecuencia siguen á las poluciones nocturnas ó al contacto sexual.

Las vesículas herpéticas suelen presentarse en grupo, com-

puesto al menos de tres ó cuatro, las cuales se desarrollan simultáneamente y de improviso, desapareciendo después de una manera espontánea. Su relación con la sífilis es muy peculiar, y á menudo en extremo enojosa, pues parece que son susceptibles de subseguir á las dos especies de chancro local de que hemos hablado. Aunque he admitido que aquellos que no padecieron nunca sífilis pueden tener herpes repetidos, debo añadir que los que han sufrido aquella afección están más propensos á su producción. Por otra parte, en los individuos sifilíticos el herpes suele revestir mayor gravedad que en otras personas: sus chancros duran más tiempo y adquieren mayores proporciones, ó bien algunas de las vesículas se curan mientras que las otras persisten; pudiendo suceder que por esto sea muy difícil distinguir entre una úlcera herpética y un chancro blando, tanto más cuanto que el paciente dará con frecuencia antecedentes equivocados. En las personas descuidadas puede suceder también que la existencia de herpes curados en parte, facilite la inoculación del virus sifilítico, formándose así un verdadero chancro ó un grupo de ellos donde en un principio existió herpes.

Tratamiento de los chancros.—En cuanto á los chancros indurados primitivos, si la induración es tal que justifique un diagnóstico positivo, y si hay también bubón, no puede dudarse sobre el tratamiento. Se debe administrar desde luego el mercurio, aplicándolo localmente; y bajo su influencia se obtendrá marcadamente el reblandecimiento del área indurada y la curación de la úlcera. Si se suspende el medicamento, la induración reaparecerá; y si se administra de nuevo el mercurio, se desvanecerá otra vez. La excisión de un chancro indurado, ó su destrucción por un cáustico, rara vez puede hacer daño, pero también es muy raro que produzca un bien. El virus ha pasado ya al sistema linfático, si no á la sangre; y el hecho de repetirse la induración en su mayor parte, denota un grado de desarrollo tan avanzado, que no puede esperarse la curación por el tratamiento local.

El que se emplea para los chancros blandos varía según el estado en que se hallen. Si un paciente que nunca ha sufrido antes sífilis se presenta á la observación dentro de los quince

días de aquel en que se verificó el contagio, y sólo manifiesta un chancro simple, seguramente convendrá destruirlo desde luego. Para esto se puede usar el ácido nítrico, ó, lo que es mejor, el cauterio actual: si el sitio afecto lo permite, puede emplearse la excisión por el cauterio. Cuanto más corto sea el período, mayor será, por supuesto, la probabilidad de un buen resultado, el cual, con todo, no es seguro aunque el período haya sido muy breve, según lo prueban hechos bien conocidos. Si en vez de un solo chancro hubiese muchos, con excesiva inflamación alrededor, faltará la indicación de emprender un tratamiento local abortivo. En estos casos, y en todos aquellos que se presentan tarde para la curación, el tratamiento local consistirá en locionar frecuentemente los chancros y aplicar el iodoformo. Este último medicamento ha predominado sobre todo entre los demás para la curación de los chancros blandos que supuran, con el cual se deben espolvorear después de locionarlos bien. También se aplicará en forma de pomada compuesta de 3 gramos de iodoformo por 30 de vaselina. De cada diez casos es probable que en nueve se produzca pronto una acción saludable; pero hay otros que ofrecen resistencia, y entonces se deben probar las aplicaciones mercuriales. Si con éstas no se consigue nada tampoco, se harán necesarias las cauterizaciones con nitrato ácido de mercurio.

Antes de la introducción del iodoformo había una infinidad de remedios que gozaban de no poca reputación, pero con frecuencia ninguno era eficaz. Entre ellos podemos citar el sulfato y el cloruro de zinc, el sulfato de cobre, el bórax, y varios preparados de opio. Hay algunos pocos casos en que chancros que no presentan la menor dureza no ceden á remedio alguno, como no sea la administración interna del mercurio. La introducción del iodoformo ha facilitado en gran manera el tratamiento de los chancros blandos; y lo mismo podemos decir de los chancros verdaderos en su estado de supuración.

Conviene decir ahora algunas palabras sobre un tipo peculiar del proceso inflamatorio, susceptible de asociarse con ambas formas de chancro: me refiero al fagedenismo.

Fagedenismo.—Cuando un chancro aumenta de continuo en profundidad y en circunferencia, y cuando sus bordes pre-

sentan pequeñas irregularidades, como si hubiesen sido roídos por un ratón, decimos que se ha hecho fagedénico. Muy á menudo obsérvanse en los bordes, si se examinan cuidadosamente, unos puntitos del tamaño de una cabeza de alfiler; pero en los casos más excepcionales habrá corrosión de considerables partes, que se extenderá rápidamente.

Los chancros fagedénicos son, por lo regular, dolorosos, proporcionalmente á la extensión y rapidez del proceso; y también son propensos á sangrar, pues parece que las arterias adyacentes dejan de mantenerse íntegras aun antes de ser lesionadas por aquél. Si la ulceración se extiende en profundidad é interesa vasos de considerable dimensión, la hemorragia puede ser abundante. Parece que diversos venenos animales específicos poseen cierto grado de potencia para producir el tipo fagedénico de la inflamación. Así, por ejemplo, las afecciones llamadas *cancrum oris* y *noma*, que son formas de fagedenismo, prodúcese, por lo regular, en niños sanos, como consecuencia del sarampión ó de la escarlatina. Sin embargo, el virus sífilítico predomina por su fuerza en este sentido, y á su influencia se deben, sin duda, todas las formas de acción fagedénica en diez y nueve casos por cada veinte.

La enfermedad conocida con el nombre de *gangrena de hospital*, que puede propagarse en estos establecimientos, atacando á los que presentan heridas, comunícase casi siempre, en mi concepto, cuando se admite en el nosocomio á algún individuo atacado de fagedenismo sífilítico. Las secreciones de las heridas fagedénicas son indudablemente contagiosas, no sólo por lo que hace á otros individuos, sino también para el mismo paciente. Al contagio de sus propias secreciones se debe por mucho que la herida fagedénica siga extendiéndose: suprimánse las primeras y límpiese bien la segunda, y la complicación cesará en la mayoría de casos. Algunas veces, no obstante, la tendencia constitucional bajo la cual se inició la enfermedad, tiene suficiente fuerza para que se repita una y otra vez á pesar de la eficacia del tratamiento. En estos últimos casos, el uso de los específicos internos tiene tanta importancia como los remedios locales.

Las inflamaciones sífilíticas de todas especies y grados,

bien sean primarias, secundarias ó terciarias, son susceptibles de revestir el carácter fagedénico; pero los ejemplos más frecuentes que se producen relacionanse con los chancros primitivos. Aunque he admitido que puede atacar así los chancros no infectantes como los que lo son, debo decir que no he conocido caso alguno en que una úlcera fagedénica primitiva bien caracterizada no resultara ser infectante. Hablo de los chancros producidos en personas que no padecieron antes sífilis, advirtiéndole que se han de tener en cuenta las excepciones.

La acción fagedénica sobre los chancros primitivos puede variar mucho en distintos casos; siendo unas veces ligera y fácil de combatir, y en otros persistente y en extremo destructora. En ciertos casos podría corroer todo el pene; y á veces, sobre todo en las prostitutas jóvenes, la enfermedad podría tener un término fatal. Parece que se produce con más facilidad en los chancros ocultos por un prepucio largo, el cual retiene las secreciones; pero puede atacar los chancros en cualquiera región. Cuando un chancre oculto se hace doloroso, ó está propenso á sangrar, se debe levantar un poco la piel para dejarle libre acceso.

Existen varios medios que tienen mucho valor en el tratamiento del fagedenismo; y aunque éste es invariablemente agresivo si se abandona ó descuida, también se cura siempre con un remedio ú otro, ó con la combinación de varios de ellos. En primer lugar poseemos medios locales destinados á combatir la secreción ó hacerla desaparecer: entre ellos haremos mención del ácido nítrico y el uso de los baños permanentes. En la mayoría de casos, una ó dos aplicaciones de dicho ácido harán cesar el fagedenismo; pero el remedio es doloroso, y las más de las veces se obtienen también buenos resultados conservando la parte sumergida en agua caliente. En los casos malignos, el paciente debe permanecer día y noche en un baño de asiento; pero siendo graves, podrá descansar en su cama cinco ó seis horas. Cuando el paciente sale del baño ha de aplicar sobre el chancre iodoformo; y como el fagedenismo se asocia muy á menudo con el chancre infectante, se debe administrar siempre el mercurio, á menos de recono-

cerse que no conviene. Con este medicamento se han de combinar dosis macizas de hierro y ópio, sustituyéndose el mercurio, si decididamente se juzga impropio, con el ioduro de potasio.

Por último, hay ciertos casos en que, aunque el chancro fagedénico se alivie mucho con los citados remedios, puede resistir á la curación; y en este caso el paciente se restablecerá las más de las veces si se le envía á orillas del mar. Una vez cortada del todo la acción fagedénica, apenas se reproduce; hecho que confirma en gran parte la creencia de que es por mucho un proceso local solamente.

Examinadas estas particularidades de los chancros primitivos, no diremos más de los que no son infectantes, puesto que no producen ningún síntoma còstitucional, ni son en rigor sífilis, aunque estén relacionadas con ella; y pasaremos á estudiar la notable serie de síntomas que siguen al chancro infectante.

CAPITULO II

Primer periodo de la infección constitucional (síntomas secundarios)

El chancro y el bubón constituyen el grupo primario ó local de los síntomas sífilíticos. Estaremos muy cerca de la verdad al decir que la induración definitiva del chancro rara vez se produce hasta cinco semanas después de la fecha del contagio, y que los fenómenos secundarios no suelen manifestarse hasta haber transcurrido un plazo de dos á cuatro semanas después. Terminado este período, es posible reconocer la infección con seguridad antes del tiempo en que se manifestarán los síntomas constitucionales. Si este período se ha empleado bien, ó, en otras palabras, si se ha administrado el mercurio debidamente, creo que es casi una excepción que se produzcan en manera alguna los síntomas secundarios; y, aun en este caso, serán muy ligeros y apenas marcados. Cuanto más pronto se apele al mercurio, mayor será la probabilidad de evitarlos; y, aunque no se prevengan de una manera permanente, por lo general se retardarán mucho.

Siento verme obligado á decir que en cierto número de casos, con frecuencia los más favorables al parecer, las consecuencias demuestran que el retraso no supone la desaparición del mal, pues ha sucedido que, al cabo de seis ó siete meses de tratamiento con mercurio y absoluto cuidado, ha vuelto á reaparecer la enfermedad. La notable fuerza del mercurio como

antídoto contra la sífilis, es lo que ha dado origen á tan diversas opiniones en cuanto á las leyes de su evolución. Si no se administrara el mercurio nunca, pronto veríamos que esa afección es mucho más regular en su curso y períodos de lo que generalmente se cree. La marcha del mal en los casos sin tratamiento, debería ser probablemente poco más ó menos la siguiente. Al cabo de unas seis semanas, á contar desde la fecha del contagio, el paciente comenzará á sentir un ligero malestar, con alguna fiebre, y su temperatura se elevará un poco todas las noches. En los quince días que siguen, si se examinan los tegumentos del pecho y abdomen, se verá que presentan varias placas ó manchas, semejantes, en cierto modo, á las del sarampión, aunque no tan marcadas. Es la llamada *roseola sífilítica*. A menudo se desvanecen, manifestándose durante una parte del día y desapareciendo después; ó bien persisten más tiempo, y luego no se ven ya más. Simultáneamente con esto, ó bien algo más tarde ó un poco antes, fórmanse ulceraciones superficiales simétricas en las amígdalas; y también éstas pueden ser muy transitorias, ocasionando tan poca molestia que el paciente apenas echa de ver que la garganta le escuece. Otros tipos de infección seguirán después, siendo el más común una serie de ligeras pápulas; pero la erupción puede variar en considerables límites: unas veces preséntase con carácter liquenoide ó pustuloso, ó bien toma el tipo de impétigo ó acné; también podría ser vesicular ó flictenosa, asumiendo el tipo de rupia ó corimbiforme (el *liquen ruber* tipo) y hasta, por inverosímil que parezca, es posible que no se distinga de la viruela.

El período del contagio.—Ya sabemos que, en los primeros períodos de la sífilis, la sangre y todos los productos inflamatorios pueden llegar á ser vehículos del contagio; pero ignoramos cuánto tiempo dura esta propiedad. Que la sangre puede ser todavía contagiosa después de haber desaparecido todos los síntomas externos, es un hecho probado por la sífilis vaccinal y por muchos ejemplos de inoculación accidental. Un considerable número de casos negativos favorecen la suposición de que las secreciones normales, la saliva, la leche, el sudor y el semen no suelen ser vehículos del contagio. Si lo

fueran, la sífilis sería mucho más común. La rareza del chancre de los labios es casi un hecho concluyente contra el contagio de la saliva, cuando reflexionamos con qué frecuencia los que padecen sífilis no se abstienen de besar; y en cuanto al semen, tenemos el hecho de que los maridos sifilíticos no suelen comunicar la enfermedad á no ser que se siga la preñez. Sin embargo, es indudable que el virus existe en el semen de una manera que permite la infección espermática del embrión; pero es posible que esto sea una cosa muy diferente de la infección por una herida.

Muchas pruebas negativas apoyan la creencia de que el virus deja de existir, en una forma eficiente para el contagio, mucho antes de que el paciente se halle libre del riesgo de una recidiva. Casi todos los ejemplos de contagio accidental se producen en cortos períodos desde el principio, y rara vez se cuentan más de dos años bajo tales circunstancias. Las lesiones primarias, y todas las secundarias, son ciertamente contagiosas, y durante su persistencia la sangre continúa siendo virulenta; pero después que han cesado, bien sea por el tratamiento ó sin él, hay razones para creer que el virus no conserva largo tiempo su fuerza para el contagio. Por lo que yo sé, no se recuerdan ejemplos de contagio de una lesión terciaria, ó de una sobrevenida más de cinco años después de la primera manifestación morbosa; y hasta podría reducirse este período á tres años. Sin embargo, mucho después de pasar ese tiempo, el paciente continúa en peligro de verse aquejado por varias formas de inflamación local.

Segundos ataques.—Los antiguos autores suponían que el hombre puede tener sífilis una y otra vez; pero hace veinticinco años se enseñaba casi universalmente que un ataque aseguraba la inmunidad contra otros. Ahora volvemos á la antigua creencia, ó, por lo menos, se sabe con seguridad que, aunque contrariamente á la regla, los segundos ataques no son muy raros. Por mi parte puedo decir que no me han faltado ocasiones para observarlos en pacientes á quienes había asistido en el primero. En algunos he visto el caso en el período de seis á diez años: una vez se trató de un segundo chancre bien caracterizado, seguido de erupción perfectamente

marcada. Sin embargo, el aserto de que se adquiere inmunidad es fundado hasta cierto punto: los segundos ataques son excepcionales, y, cuando se producen, la afección aparece casi siempre modificada. Los segundos chancros no siguen su acostumbrado curso: su induración se desarrolla á menudo rápidamente y pasa muy pronto, sin ir seguida de ningún trastorno determinado. Los segundos contagios resultan sólo, las más de las veces, tratándose de chancros no indurados; pero repito que, á pesar del acostumbrado curso de los hechos, es posible que el hombre tenga sífilis completa dos veces.

La sífilis como causa de diversos tumores.—En otro lugar me referiré al hecho de que una de las manifestaciones de la sífilis secundaria es la producción de verrugas papilares. Es tan notable la circunstancia de que encontremos, no solamente las más diversas modificaciones de procesos inflamatorios, sino también alteraciones producidas principalmente por hiperplasias de textura, que debo tratar de este punto con algunos detalles. Las verrugas que vemos en el centro del dorso de la lengua son el ejemplo más sencillo y determinado del simple engrosamiento. A menudo no las acompaña la infiltración inflamatoria de las partes adyacentes, reduciéndose á papilas hipertrofiadas, que desaparecen cuando se administra el mercurio. Algunas veces se observan en las partes genitales verrugas análogas, como resultado directo de la sífilis; y también se ve, aunque raramente, una erupción en la piel que toma el tipo papilar. El condiloma, sin embargo, es mucho más común que las verrugas ordinarias. A decir verdad, es una variedad de éstas, y entre él y la *verruca mollis* típica se encuentran todas las gradaciones. En el condiloma hay considerable hipertrofia de las papilas, pero éstas se hallan ocultas por la extensa infiltración de las células en las capas interesadas. El notable espesamiento de la túnica interna, que á menudo se produce como primer grado de arteritis sífilítica, es en muchos casos una condición de hipertrofia más bien que de inflamación; y lo mismo podemos aplicar á varios casos de esclerosis hipertrófica que encontramos en la sífilis, en la que hay mucha hiperplasia fibrosa difusa, muy variable en la cantidad de la infiltración celular.

Podemos decir, pues, que el virus sífilítico produce á menudo esclerosis ó hipertrofia esclerótica en el primer caso, ó inflamación más ó menos marcada en el segundo. Algunas veces no se manifiesta esta última, y el chancro puede seguir su curso sin dolor ni irritación, ni tampoco ulceración. Así sucede, sin duda, con el chancro, en algunos casos en que los pacientes sinceros nos aseguran que nunca tuvieron chancros locales, aunque se hallen afectos de sífilis bien marcada.

El chancro indurado no presenta caracteres que le sean peculiares cuando se examina con el microscopio: es simplemente un ejemplo de infiltración de células, sin dar paso á las fibras de tejido celular entre que se hallan diseminadas aquéllas, lo cual explica tal vez su dureza. La acción inflamatoria falta casi del todo, y el proceso se asemeja al de una neoplasia. Los chancros más duros son siempre aquellos que están menos inflamados.

En el chancro falso, por el contrario, los elementos de pus que efectúan el contagio producen inflamación desde el principio. Y, aunque el virus específico se halle también presente, es muy posible, bajo tales condiciones, que no pueda producir ningún grado notable de esclerosis; de modo que la úlcera puede considerarse como blanda aunque resulte infectiva.

Síntomas generales del período constitucional.—Al mismo tiempo que la piel se afecta, los ojos, el periostio, los huesos, las articulaciones, el sistema nervioso y, en una palabra, todos los tejidos del cuerpo, pueden resentirse. Cualquiera que sea la parte afecta, la inflamación, aunque persistente por algún tiempo, resultará ser comunmente de carácter transitorio. Con frecuencia, la duración de los fenómenos en este período es en extremo breve, del mismo modo que sucede con la roseola: los dolores periósticos, las afecciones oculares y del sistema nervioso podrían persistir sólo algunas semanas ó pocos días, siendo posible que se produzca meramente una congestión pasajera, y de ningún modo una inflamación determinada. Aquí se nota una marcada diferencia entre los accidentes del período secundario de la sífilis y los del terciario. Los últimos, á menos de curarse por tratamiento, persisten casi in-

variabilmente y tienden á extenderse. Los primeros, aunque muy intensos, con frecuencia, algún tiempo, inclínanse á desaparecer espontáneamente. Podríamos insistir sobre otras importantes desemejanzas entre la sífilis secundaria y terciaria. Los accidentes del segundo período se deben al envenenamiento de la sangre y de los tejidos en general á través de aquélla: son, por lo tanto, casi siempre simétricos, y desarróllanse exactamente con un aspecto análogo en las dos mitades del cuerpo. En el período terciario es muy probable que el virus haya dejado de existir en la sangre, en forma activa, y hasta en los mismos tejidos; de modo que en este grado los fenómenos se deben á particularidades impresas en aquéllos por lo que ocurrió durante el período más ó menos remoto del envenenamiento de la sangre. Las influencias locales tienen mucho que ver con la producción de estas inflamaciones, que cuando se han manifestado son siempre infectivas de por sí, y no sólo tienden á persistir, sino que avanzan por los tejidos inmediatos, en virtud de lo que se llama *contagio de continuidad*. Como ejemplo de esto, citaré la bien conocida úlcera á guisa de herradura, forma de afección lupoide sifilítica, siempre terciaria, y que, si no se contiene por el tratamiento, se extenderá mucho. Se da el nombre de *serpiginosa* á esta última condición; y añadiré que la tendencia serpiginosa es uno de los caracteres más importantes de la diferencia entre los fenómenos secundarios y terciarios de la sífilis. Tal vez otro sea más notable; y es que los síntomas terciarios no se desarrollan, por regla general, con simetría: dependen más bien de causas locales que no los secundarios, y así no hay razón para que sean simétricos: sólo excepcionalmente podría suceder así. Aunque se observe una simetría accidental, nunca vemos en ella la distribución general, que es otro carácter marcado de los síntomas secundarios. Generalmente observamos también que las inflamaciones producidas en el período secundario no se extienden en sus bordes, ni son serpiginosas; carácter por el cual se asemejan á los de los otros exantemas. La única excepción de esto se presenta en el caso de las ulceraciones fagedénicas, en las cuales, como ya he tratado de explicar, el fagedenismo no es, en rigor, parte de la sífilis, debiéndose más bien á ciertas formas peculiares de

secreción inflamatoria ocasionadas por aquélla. Si la acción fagedénica se produjese en el período secundario, no tendría ninguna tendencia á la disposición en simetría.

Debo volver ahora á una descripción más detallada de los síntomas que observamos en el período secundario, comenzando primero por la PIEL.

Erupciones de la piel (*en el período secundario*).—Estas erupciones presentan tantos caracteres diferenciales, que sería pesado intentar una descripción por separado; y, de consiguiente, haré algunas observaciones en general, limitándome á describir varios de los tipos más peculiares. Es carácter curioso, y de interés respecto á las enfermedades de la piel por causa sifilítica, el que no se sujeten á una forma como en los otros exantemas. En rigor no hay ninguna enfermedad simple de la piel, de origen constitucional, que no pueda semejarse mucho á alguna erupción debida á la sífilis, aunque se pueden observar ciertas diferencias generales. En primer lugar, rara vez es absolutamente correcta la imitación: el observador atento reconocerá siempre algunas diferencias, siéndole posible así formar juicio; y, por otra parte, con frecuencia hay una mezcla de los tipos de dos ó más en uno. Como ya sabemos, las erupciones sifilíticas son muy comunmente polimorfas: vemos confundidas en un mismo caso, y á menudo en yuxtaposición, pápulas de psoriasis y de liquen, ó una erupción en parte liquenoide y en parte pustulosa. Existe en el vulgo la creencia de que las erupciones de la sífilis secundaria tienen siempre un color particular, un tinte cobrizo, ó semejante al de la parte magra del jamón. A decir verdad, este carácter se observa muy á menudo; pero dista de ser invariable, y con frecuencia se presenta muy marcado en erupciones que no tienen relación con la sífilis. Por esto habrá muchos expuestos á incurrir en error. Para juzgar del matiz de las erupciones sifilíticas, se han de tener en cuenta el temperamento del individuo y la región del cuerpo en que se manifiesta la erupción. Si el color es producido por pigmentación, podemos decir que, cuanto más débil sea la complexión del paciente, más probable es que su erupción presente un tinte cobrizo oscuro. En las extremidades inferiores, donde la circulación venosa no es tanta, las placas

de la erupción sifilítica serán siempre más oscuras que en otras partes, á causa de la congestión venosa. Además del color, de la simetría y del polimorfismo, debemos hacer mención de la sucesión en que aparece el exantema, pues nos ayudará en el diagnóstico de las erupciones sifilíticas secundarias. Las primeras formas de la erupción se presentan indudablemente en la superficie del abdomen, y, durante todo el curso de este período, rara vez se ve libre de ella el tronco. Es muy probable que el uso de las ropas, sobretodo de lana, que conservan el calor, influyan mucho en este particular. Rara vez vemos los primeros síntomas de la erupción secundaria en la cara ó en las manos; y, si se presentan, sólo es en casos de gravedad excepcional. Después de la superficie del abdomen y la del pecho, las sífilides se manifiestan en la región anterior de los brazos; y, á decir verdad, dudo que ninguna región del cuerpo quede afectada tan constantemente como dichas partes por la sífilis secundaria. La erupción ataca muy á menudo las regiones posterior y laterales del cuello. Aunque sin reparo podríamos establecer una línea divisoria entre el psoriasis común y el sifilítico, diciendo que este último suele afectar la cara anterior de las extremidades superiores y la posterior de las inferiores, mientras que sucede lo contrario en la forma no sifilítica, debe advertirse que pueden ocurrir muchas excepciones. Cuando encontramos psoriasis definitivamente localizado en los codos y parte anterior de la rodilla, podemos estar seguros de que no es específico; pero repetiré que hay muchas excepciones.

Además de la erupción roseólica, tan común en el primer período de los síntomas secundarios, debemos hacer mención de otra papulosa á la cual suele darse el nombre de *psoriasis*: difiere de la que no es sifilítica, no sólo, como ya he dicho, por su localización, sino también por su carácter general. Así como el psoriasis común ataca grandes espacios, el sifilítico invade áreas muy reducidas, y nunca presenta un carácter marcadamente escamoso: la costra escamosa blanca, plateada, por lo regular presente en la forma no sifilítica, no se suele ver en la específica. Hay casos en que las escamas que se forman tienen tal espesor, que se les podría aplicar el calificativo de *tubérculos*. A causa de estas particularidades, y por el

hecho de que las diversas erupciones difieren, á menudo, bastante una de otra, en el mismo individuo; no es difícil con frecuencia hacer el diagnóstico, aun sin auxilio de la historia del caso. Entre las menos comunes de las erupciones sifilíticas tenemos la de que hablaré ahora.

En la conocida con el nombre de *liquen* encontramos algunas pápulas rojas ú oscuras diseminadas en toda la superficie. A menudo están muy próximas entre sí, pero sin tendencia á formar grupos ó placas. Sin embargo, hay una forma de *liquen* sifilítico en que las pápulas están dispuestas longitudinalmente, formando líneas en un todo semejantes á las que vemos en el *liquen ruber*; otras veces aparecen muy brillantes y aplanadas como en el *liquen planus*. La exacta imitación de estas formas peculiares de dermatosis por las erupciones sifilíticas, es muy notable, y el diagnóstico en extremo difícil con frecuencia. El error más común consiste en tomar la erupción no sifilítica por específica, desoyendo la negativa del paciente sobre el hecho de haber adquirido esta última. Las erupciones de *liquen ruber* ó *liquen planus* son á menudo oscuras ó de color cobrizo, presentando todos los caracteres que permiten hacer el diagnóstico de la sífilis á aquellos cuya experiencia es limitada.

Aunque es raro ver una erupción sifilítica muy semejante á la viruela, importa mucho tener conocimiento de que esto puede suceder. La imitación, cuando se produce, es muy perfecta: las pápulas son elevadas, tienen su centro deprimido, afectan las mismas regiones, y se parecen tanto á la viruela que sólo la historia del caso puede ayudar al médico á rectificar su opinión. En prueba de este aserto puedo decir que es un hecho conocido el de que algunos pacientes que presentaban este tipo de erupción sifilítica fueron enviados á los hospitales de variolosos, donde fueron admitidos y tratados largo tiempo como si la tuviesen. En la práctica civil he conocido también algunos casos de jóvenes á quienes se aisló cuidadosamente durante algunas semanas en una habitación, creyéndose que tenían la viruela, reconociéndose al fin que padecían sífilis. Esta semejanza de dicha enfermedad con la erupción variolosa es el ejemplo más marcado de *imitación sifilítica* que puedo

aducir, pero sólo es uno entre muchos. La más sencilla clave para reconocer las enfermedades sifilíticas de la piel, consiste en admitir esta ley general: *La sífilis puede imitar todas las formas conocidas de las enfermedades de la piel, mas no las puede producir originales*. Todos los nombres conocidos para estas afecciones (excepto las de origen puramente local) pueden recibir en cambio el adjetivo *sifilítico*; y, cuando hay lugar para ello, ese adjetivo adquiere, por supuesto, mucha importancia. No solamente la viruela entre los exantemas, sino también la varicela, la roseola y la escarlatina, pueden ser imitadas. Así, por ejemplo, la erupción ocasionada por la co-paiba se asemeja á menudo exactamente á una sífilide, ó, lo que es mismo, las erupciones sifilíticas se le parecen. Las formas de inflamación, en un todo análogas á las del *lupus*, son muy comunes como resultado de la sífilis; y lo mismo sucede con la alopecia, la leucodermia, la lepra verdadera y otras muchas. Esto nos demuestra la importancia de la correcta apreciación de la historia de un paciente. Cuando una de las varias erupciones fugaces está simulada por la sífilis, es mera cuestión de tiempo el aclarar el diagnóstico, aunque, por desgracia, no bastante pronto, á menudo, para salvar la reputación del facultativo. La supuesta viruela ó la *erupción de co-paiba* no desaparece en corto tiempo, sino que persiste algunas semanas. En un notable caso de viruela imitada, que recuerdo muy bien, la falta de olor fué el punto principal que facilitó el diagnóstico.

La erupción conocida con el nombre de *rupia* es una de las más peculiares é importantes: el término *rupia prominens* se usaba primeramente para designar las costras cónicas en forma de concha de ostra que caracterizan esta erupción. La *rupia prominens* es, entre todas las dermatosis, la más fácil de representar por el grabado; mas apenas la vemos en la práctica, pues sólo puede producirse cuando el tratamiento se ha descuidado. Rara vez es la forma original de la erupción, y suele resultar de la ulceración de las pápulas, que poco á poco se extienden en su base, dando lugar á una secreción no muy abundante, la cual, secándose con rapidez, hace que la costra se ensanche en circunferencia y aumente en elevación. Al-

gunas veces, en los casos más típicos, prodúcese una flictena antes de formarse la costra.

La rupia deja invariablemente cicatrices, casi siempre redondas. Se han ofrecido muchas dudas sobre si esta erupción debería clasificarse como secundaria ó terciaria; y, en conformidad con el antiguo error de que todas las formas de ulceración se han de considerar como de esta última clase, hízose así; pero sabemos ahora que esto no es lo que pasa. Muchas lesiones secundarias, así de la piel como de las membranas mucosas, se ulceran; y la principal diferencia entre aquéllas y las terciarias se reconoce por el tiempo en que se produjeron. Teniendo esto en cuenta, podemos admitir que la rupia no se manifiesta nunca muy pronto entre los fenómenos secundarios, y que va precedida casi siempre de alguna otra forma de erupción de la piel (roseola, psoriasis, etc.); mas, por otra parte, ¿se ve alguna vez entre los últimos y bien caracterizados fenómenos terciarios? Yo creo que se manifiesta de seis á doce meses después del chancro, y en los pacientes depauperados por el tratamiento. A veces persiste durante un largo período, pero, aún en este caso, sigue siendo general y y simétrica. Cuando una erupción se manifiesta con estos caracteres, presentándose dos años después un chancro, se debe considerar secundaria; y lo mismo sucede, en mi concepto, con la rupia. Las cicatrices que deja nos ayudan mucho, con frecuencia, para conocer positivamente la sífilis en los pacientes que han llegado al período terciario. Estos pacientes, sin embargo, con muy raras excepciones, no presentan ninguna úlcera de rupia. Si se establece un cuidadoso diagnóstico entre esta erupción y ciertas formas de lupus que se le asemejan en cierto modo, deberemos admitir que corresponde casi exclusivamente al estadio que yo he indicado, y que es tan sólo una modificación supurativa de la erupción secundaria. La explicación de la tendencia á supurar debe buscarse en alguna particularidad de la salud del paciente, y en sus aprensiones sobre la influencia del mercurio y los ioduros; pues podrá parecer que estos medicamentos agravan el mal, y con no poca frecuencia se ha desarrollado durante su uso. Yo aconsejaría, como indicación, la combinación de los tónicos, el

hierro, la quina, ó el opio, y sobre todo el aire de mar. Es un grave error suponer, como se hacía en otro tiempo, que se debe evitar el mercurio cuando las erupciones sifilíticas se ulceran: muy por el contrario, si se usa con las asociaciones indicadas, casi siempre resultará ser un medio curativo.

Efectos de la idiosincrasia.—No sé que quepa hacer más que una conjetura para explicar las diferencias en la erupción que acompaña á la sífilis, y es que dependen de la idiosincrasia del paciente. Es indudable que nada tienen que ver con las diferencias del veneno, pues en mi concepto no existen éstas. Los diversos tipos de erupción sifilítica no prevalecen nunca con carácter epidémico, sino como por accidente. Los raros son siempre raros, y los comunes son siempre comunes, en todo tiempo y lugar; y en cuanto á las diferencias de salud, no bastan para explicarnos el hecho, pues las formas de ulceración más malignas se manifiestan á veces en pacientes que antes y después del mal parecen robustos y sanos. Por otra parte, las personas delicadas sufren á menudo muy poco de la sífilis.

Afecciones de los ojos en el período secundario.—Entre estas afecciones, la iritis es con mucho la más común. Generalmente se produce de tres á seis meses después del chancre, y de consiguiente es marcadamente secundaria. Rara vez ataca á los dos ojos simultáneamente, sino que primero padece el uno y después de un breve intervalo el otro, aunque el tratamiento sea bueno. Los síntomas son: congestión ciliar, iris empañado, pupila irregular y grados variables de dolor y fotofobia.

En los casos ligeros la manifestación de adherencias iríticas reconocidas por el empleo de la atropina es por mucho la más importante. Algunas veces el caso no pasa nunca del período de una débil congestión ciliar, que podría desaparecer en pocos días, pero en otras el ataque puede asociarse con fuerte dolor, congestión considerable, espesamiento del iris, formación de pequeñas pápulas morenas en su superficie y obstrucción de la pupila. El resultado, generalmente, es recobrar casi la vista perfecta; pero muchas veces el ojo se deteriora, y puede suceder que quede destruído. En general hay poca

tendencia á la recidiva cuando la curación progresa, y muy pocas veces adquiere la afección la forma crónica. En los casos graves puede afectarse el cristalino, y en algunos se inflaman al mismo tiempo la coroides y la retina. Más común es que estos órganos padezcan después y cuando el iris no está de por sí inflamado. El diagnóstico entre la iritis sifilítica y otras formas de la afección debe depender por mucho de la historia del paciente y de los síntomas concomitantes. No hay nada en éstos diferente de los que se manifiestan en la forma artrítica. Los gomas ó nódulos en el iris, cuando se presentan, son síntomas patognomónicos, pero rara vez se ven. Por regla general la iritis artrítica va acompañada de mucho más dolor é intolerancia á la luz que en la forma sifilítica, mientras que el iris se suele inflamar menos y no se enturbia tanto. En ambos casos puede ocurrir el derrame del humor acuoso en la parte posterior de la córnea. La recidiva (una ó dos veces tal vez cada año) es muy común en la forma artrítica, y nunca ocurre en la otra.

Para el tratamiento de la iritis sifilítica, lo primero que debe procurarse es asegurar la dilatación de la pupila, y al efecto deben usarse las instilaciones de atropina: veinte centigramos por treinta gramos, á la dosis de cuatro gotas cada dos horas el primer día, y con menos frecuencia después. El tratamiento constitucional debe ser, como para los otros síntomas secundarios, el uso del mercurio. El ioduro de potasio á dosis crecientes producirá con frecuencia una curación rápida; pero es menos seguro que el mercurio. Para aquel que no ha sufrido antes la influencia de ninguno de los dos, cinco centigramos de polvo gris (1) en píldora, cada tres horas, hasta que se afecten las encías, será un tratamiento eficaz. Entretanto el paciente debe permanecer en su habitación; y si los dolores son fuertes se le aplicarán sanguijuelas en las sienas. Es conveniente combinar el opio con el mercurio, cuidando de que no se produzca constipación y evitándose, además, la diarrea. La seguridad del ojo, no obstante, depende en parti-

(1) { Mercurio.. . . . 1
 { Carbonato de cal. 2

cular de la prontitud y eficacia con que se emplee la atropina.

En un período más tardío (creo que no antes de un año desde la fecha del contagio) el ojo puede ser atacado por retinitis difusa, ó coroiditis exudativa (*coroiditis diseminata*). Estas afecciones pueden producirse después de haber pasado la iritis y haberse dejado todo tratamiento, ó en casos en que la iritis no se manifestó nunca: las dos son raras, y en cada caso el diagnóstico objetivo se debe establecer con el oftalmoscopio. Los síntomas subjetivos consisten simplemente en más ó menos debilidad de la visión, pero sin mucha congestión, y con poca ó ninguna intolerancia á la luz. El pronto uso del mercurio hasta el ptialismo es urgente, pues en la mayoría de casos producirá la curación, á menudo con muy poco perjuicio para la vista, y poco ó ningún riesgo de recaída. Esta forma de retinitis va con frecuencia acompañada de alguna opacidad del cristalino.

La boca y las membranas mucosas en general.— Debemos observar aquí, como hicimos al tratar de la piel, que en la sífilis secundaria se observan diversos períodos de diferentes síntomas. Los primeros de todos los accidentes secundarios son las ulceraciones en las amígdalas, que aparecen simétricamente, siendo á menudo muy superficiales y casi indoloras. Con frecuencia existen sin que el paciente sepa que tiene afecta la garganta, y muchas veces desaparecen muy pronto. Las úlceras suelen afectar la forma de un riñón, con los bordes blancos agrisados, y su presencia suele contribuir á facilitar el diagnóstico de la sífilis constitucional en su más temprano período. Por lo regular coinciden con una erupción eritematosa ó roseólica; y, como éstas, se disipan pronto. Sin embargo, no sucede así siempre; y cuando persisten un poco, van seguidas á menudo de otras formas más graduadas de inflamación de la boca y de la garganta. Es un hecho muy notable que el veneno sifilítico, una vez bien desarrollado en la sangre, pueda causar, no solamente inflamaciones locales y ulceración, sino también tumores locales. Estos diferentes procesos pueden verse á menudo uno junto á otro en la boca del mismo paciente: es posible que se formen placas en varias partes de la mucosa de las mejillas, en los labios, en las encías y en la

lengua, acompañadas solamente de congestión ligera, tumefacción y erosión. A esto se da el nombre de *placas mucosas*. Además podremos observar á veces la destrucción de las mismas papilas de la lengua, que en otros casos pueden hipertrofiarse, originándose con ello verrugas ó condilomas. En un segmento particular de la lengua hay especial tendencia ó predisposición á producirse verrugas durante la sífilis, y es en la región central, un poco delante de las papilas caliciformes, que, cuando la lengua está en reposo y la boca cerrada, hállase menos en contacto con otras partes. Dos de las figuras de nuestra lámina IV representan un grupo de verrugas en esta posición precisa. No conozco medio alguno para distinguir las verrugas debidas á la sífilis de aquellas que se relacionan con otras causas. En los casos de condilomas el diagnóstico suele ser fácil, porque nunca se observa nada semejante como no sea en la sífilis. Al mismo tiempo que la boca padece, también podrían afectarse los otros orificios mucosos: en la vulva en las mujeres, alrededor del ano en ambos sexos, y debajo del prepucio en los hombres, se observan muy á menudo condilomas y verrugas. La misma causa que cura la erosión y cubre de nuevas papilas el espacio denudado, lo será también de que las verrugas y condilomas se hipertrofien, por lo cual podemos estar seguros de que así la atrofia como la hipertrofia fueron verdaderos resultados del veneno sifilítico. En el desarrollo y persistencia de las lesiones sifilíticas de la boca influirán mucho las condiciones locales, mucho más graves en los fumadores que en otras personas, y también más graves y duraderos. Los dientes rotos son á menudo causa de que las ulceraciones sifilíticas se alojen sobre la lengua ó las mejillas, haciendo que persistan, cuando de otro modo se hubieran curado antes.

La lengua de los fumadores, y á veces también de los que no lo son, es apta para que las afecciones adquieran un carácter crónico, que puede manifestarse bajo diversas formas, acompañadas á veces de mucha inflamación general y de prominencias separadas entre sí por surcos, mientras que en otras un cambio superficial conduce á la denudación permanente y á la esclerosis. Los leucomas, ó placas blancas y lisas,

observadas tan á menudo, se deben considerar como resultado de la glositis sífilítica y la repetida irritación constante que ocasiona el humo caliente del tabaco. Esto último es lo que más contribuye á su formación en la mayoría de los casos.

Afecciones de los huesos y de las articulaciones.—

La periostitis que se presenta en el período secundario de la sífilis difiere de las otras por ser más ligera y transitoria. Es bastante común que en este período los pacientes experimenten dolores en varios huesos, que se resienten á la menor presión, presentando á veces una ligera tumefacción los llamados *dolores osteócopos*. Los dolores reumatóideos son también comunes, y en algunos casos muy intensos. Con el tratamiento específico, sin embargo, las afecciones á que me refiero desaparecen del todo sin dejar huella. Los huesos afectados, en general, son precisamente los más susceptibles de padecer más tarde: en este caso se hallan el cráneo, las tibias y las clavículas. Cuando el reumatismo es fuerte en el período secundario de la sífilis, ocurre sin duda en aquellos en quien hay tendencia heredada á las enfermedades artríticas.

Alopecia, etc.—La caída del cabello, á veces por mechones, con adelgazamiento general de todo el pelo, es con mucha frecuencia síntoma del período secundario. Algunas veces se afectan también las uñas; pero esto se remedia generalmente con el uso del mercurio, y el cabello vuelve á crecer tan bien como antes.

Los oídos.—Durante el período secundario de la sífilis, no pocos pacientes comienzan á aquejar un poco de sordera, algunas veces de un oído, ó bien de los dos. En la mayoría de casos esto es pasajero y sólo dura algunos días; pero hay ejemplos, aunque excepcionales, de que se produzca rápidamente la sordera completa, y persista. El inmediato y enérgico uso del mercurio es lo único que puede remediar el mal en tales casos. Creo que cuando se trata de casos graves pueden quedar afectados ambos oídos. No recuerdo ningún ejemplo de que se perdiera del todo uno de ellos por la sífilis quedando el otro sano; ni sé tampoco que haya habido ocasión para disecar los de aquellos que llegaron á ser sordos por semejante causa: de modo que no tenemos evidencia concluyente so-

bre la naturaleza precisa de la enfermedad. Puede considerarse que es la misma que la de la forma de sordera observada mucho más comunmente en la sífilis hereditaria. Por lo regular se produce al cabo de un año de haberse padecido la afección primaria. No conocemos ninguna forma de sordera debida á la sífilis que se manifiesta en el período terciario de la forma adquirida. En la sífilis hereditaria, la keratitis y la sordera simétricas son ambas muy comunes en el período de la pubertad, ó cuando se halla próximo. Aunque se produzcan al cabo de tantos años después del nacimiento, su constante simetría parece probar que en realidad pertenecen al grupo secundario. La keratitis y la sordera completa en la sífilis adquirida, son casi igualmente raras; pero cuando se manifiestan, siempre es en el período secundario, y son simétricas.

Movimiento febril.—Un considerable número de los que padecen sífilis constitucional atraviesan el segundo período con muy poca alteración de la salud en general, sin saber apenas que están enfermos; pero con la minoría no sucede así: aquéjales fuertes dolores en los huesos y en las articulaciones, hay pérdida de apetito y de fuerzas, y sobre todo muy marcada elevación de la temperatura todas las noches. Estas señales de un desorden constitucional son á veces desproporcionadas con la erupción de la piel y las demás alteraciones locales. He conocido más de un caso en que el paciente guardó cama, suponiéndose que está atacado de algún oscuro *envenenamiento de la sangre*, y cuya elevada temperatura algunas semanas antes del desarrollo de una erupción característica reveló la verdadera naturaleza de la enfermedad. El doctor Duffin, médico del Hospital del Rey, fué, según creo, uno de los primeros que estudiaron sistemáticamente la temperatura febril dependiente de la sífilis. El doctor Burney Yeo, de la Sociedad Clínica, nos dió á conocer recientemente un ejemplo muy notable de elevación de temperatura, la cual osciló entre 38° y 40° durante algunas semanas. Si el termómetro se usara con regularidad, es probable que en la primera parte del período secundario, en todos los casos, hallaríamos alguna tendencia á las exacerbaciones nocturnas. Aunque he

dicho que la fiebre es á veces desproporcionada con la erupción, debe admitirse que más comunmente guardan relación. La erupción varioliforme, sobre todo, va casi siempre acompañada de mucha fiebre; y, á decir verdad, cualquiera que sea el tipo, por lo regular hay más fiebre que de costumbre. La elevación de temperatura simultáneamente con el exantema es otro de los numerosos hechos que apoyan la creencia de que la sífilis debe ser clasificada entre las fiebres específicas.

Terminando aquí lo que debo decir respecto á los principales síntomas presentes en lo que se llama período secundario, pasaré á tratar de otros que se presentan algo más tarde, siendo intermedios entre éstos y los terciarios.

CAPITULO III

Sintomas intermedios

Todos los fenómenos propios del período secundario desaparecen en la mayoría de casos, completamente, mediante el tratamiento. En muchos de ellos, al cabo de seis meses, á contar desde la fecha del contagio, el paciente recobra de nuevo toda su salud, y, aparentemente, queda libre de la afección. Por desgracia, con frecuencia sucede que muchos vuelven á recaer, y entonces están propensos á sufrir de nuevo. Los síntomas, sin embargo, son entonces bastante menos graves y dolorosos que los más de los que se llaman *terciarios*; y á veces recuerdan por su porte, hasta cierto punto, los del período secundario, desarrollándose á menudo en las dos mitades del cuerpo y en los miembros. Rara vez se asemejan, sin embargo, á los sintomas secundarios, y nada es menos común que ver á un paciente curado de un psoriasis sífilítico presentar la misma afección con sus primitivos caracteres. Las *remembranzas* del mal consisten en placas resquebrajadas de las palmas de las manos y de la lengua, así como del escroto, ó bien puede haber una erupción papulosa sobre toda la superficie. Algunas veces se manifiesta al mismo tiempo el sarcocèle ó goma del testículo; pero, por lo regular, sucede más tarde. Obsérvase una curiosa tendencia á una ligera erupción de círculos eritematosos, que desaparece pronto.

Estos círculos se presentan en los brazos y en el tronco, y son particularmente visibles después de exponer la superficie de la piel al calor ó al frío. También se reconocen al levantarse por la mañana ó después de tomar un baño. La erupción no persiste más de una hora, y con frecuencia sólo algunos minutos; pero vuelve una y otra vez. La naturaleza sifilítica de esta curiosa erupción se demuestra á menudo por el hecho de desvanecerse del todo su propensión á formarse después del tratamiento mercurial.

Psoriasis palmar.—Las placas de las palmas de las manos se presentan muchas veces durante la erupción secundaria, pero comunmente más tarde; y, cuanto más pronto aparezcan en el curso de la enfermedad, más probabilidad hay de que sean simétricas y más pronto cedan al mercurio; mientras que, cuando medie un largo intervalo, la curación ofrece más dificultad. Hay una forma de psoriasis palmar que es marcadamente terciaria, casi siempre en un lado, y en la cual las placas tienden á revestir la forma serpiginosa. Hasta cierto punto es un error dar á estas placas el nombre de *psoriasis*, pues rara vez se ve tendencia en ellas á la acumulación de escamas, y sí más bien á la destrucción de tejidos. En el período secundario, no obstante, obsérvanse numerosas placas separadas; y, aunque no presentan nunca costra escamosa, su coexistencia con el psoriasis del tronco y los miembros parece denotar igualdad de tipo con esa erupción.

La forma de psoriasis sifilítico, que presentándose más tarde afecta sólo una mano, y se extiende hasta el borde, tomando la forma de herradura, se acerca más al tipo *lupus*, y es marcadamente terciaria. Observaré, de paso, que se incurre en un grave error al suponer que todas las formas de psoriasis palmar son sifilíticas: en la mayoría de casos esas placas no tienen nada que ver con tal afección, dependiendo solamente del estado senil ó de influencias puramente locales.

Sarcocoele y goma del testículo.—Esta afección se manifiesta en gran parte bajo las mismas condiciones que el psoriasis palmar: si los dos testículos se afectan, se observará que el intervalo, á contar desde la afección primaria, ha sido, por lo regular, de corta duración; pero si sólo se resiente uno,

puede haber durado algunos años. Rara vez se ven las afecciones sifilíticas del testículo á principios del período secundario ó á fines del terciario; pues pertenecen marcadamente al grupo intermedio. En esta afección se observan algunas veces masas distintas de depósito en el epididimo. La alteración más común es el engrosamiento general de toda la glándula, con el exterior liso y redondeado. Las dimensiones pueden llegar á ser considerables, igualando tal vez á las de un puño pequeño: el engrosamiento es lento en su desarrollo, y, por lo regular, sin dolor. Pueden producirse abscesos si no se apela al tratamiento mercurial, y degenerar en *fungus* del testículo. Con frecuencia se podrá reconocer el testículo sifilítico por sus considerables dimensiones, su contorno redondeado y su poca gravedad específica. El goma parece mucho más ligero en la mano que ningún otro hidrocele ó tumor maligno. Por grande que sea el infarto de la glándula, y por mucho que se haya prolongado la enfermedad, el médico debe confiar siempre en la curación por los específicos: el mercurio y el ioduro de potasio son ambos útiles, y bajo su influencia cederán las más grandes y rebeldes formas de sarcocoele. La misma observación puede aplicarse á los casos en que se han presentado abscesos, seguidos de *fungus* del testículo. En tales casos nunca es necesario practicar la escisión de la glándula, por desesperada que la situación parezca; pues bajo la influencia del tratamiento la curación es posible. Después de obtenida ésta, creo que rara vez haya recidivas.

Coroiditis, etc.—Durante este período intermedio es cuando podría manifestarse la coroiditis si es que se presenta; pero la afección es muy rara: con auxilio del oftalmoscopio se podrían reconocer, á veces, los gomas de la corioide. Esta lesión desaparece rápidamente por el tratamiento específico, dejando cicatrices más ó menos visibles y placas de atrofia. En otras formas, el adelgazamiento y la absorción de la coroides se produce sin ninguna señal anterior de gomas. Con la coroiditis puede coexistir inflamación de la retina ó del nervio óptico, ó sólo de este último.

Lesiones de las arterias.—La lesión cerebral, consecuencia de la de las paredes de los vasos, es una afección muy

distinta de las otras lesiones cerebrales y nerviosas producidas por la sífilis. Casi siempre toma en cierto modo el carácter de un *accidente*. La alteración arterial depende de una trombosis, no de dislaceración; siguiéndose de aquí que la parálisis (por lo regular hemipléjica) no se presenta repentinamente como en la hemorragia, sino poco á poco. A medida que los vasos están más próximos á obliterarse, el paciente experimenta como calambres y cosquilleo en los miembros que se afectaron, y eso puede durar algunas horas antes de sobrevenir la parálisis. Algunas veces, no obstante, el ataque es muy repentino. Esta forma de parálisis se puede aliviar hasta cierto punto; pero rara vez es completo el restablecimiento. El paciente no suele recaer algunas veces, pero queda toda su vida con el brazo debilitado ó contraído.

La inflamación de las arterias puede comenzar afectándose la túnica interna ó la celulosa, quedando sólo comprometida, por lo regular, secundariamente, la túnica media. Cuando la interna sufre, se espesa en mayor ó menor extensión, como en los primeros períodos de la esclorosis no específica. No hay caracteres especiales para distinguir la forma sifilítica, como no sea el hecho general de que la exudación celular suele ser excesiva en la sífilis. Los cambios pueden progresar tanto, que casi cierran la arteria, ó produzcan su ulceración, ó el desprendimiento de la embolia y la formación de trombus en el sitio de la lesión. Estos procesos se han estudiado principalmente en relación con las arterias del cerebro; pero pueden producirse en cualquier parte. Parece haber buenas razones para creer que la arteritis sifilítica no es una causa rara de aneurismas, y también que podría ocasionar alguna vez tal oclusión de las arterias en los miembros, amenazando con la gangrena. Como afección primitiva é independiente, la lesión de la túnica interna es, sin duda, mucho más común que la de la túnica externa; pero si las arterias se afectan secundariamente (es decir, si aparecen alteradas en asociación con la enfermedad de los tejidos á que pasan), la túnica externa se resiente la primera, y con mucha intensidad. También es la más propensa á padecer si la lesión arterial se produjera más tarde en el curso de la enfermedad.

Las vísceras.—Es probable que todas las vísceras estén propensas á resentirse durante la última parte del período secundario, y algunas veces al principio; pero padecen de una manera muy distinta que la observada en el período terciario. No se forman gomas nudosas, ni existe ninguna de las alteraciones producidas en este período, al menos por regla general.

El proceso consiste en una infiltración difusa, acompañada de congestión general. La congestión, tumefacción y ulceración de las amígdalas constituye la primera prueba más común de la tendencia á la afección visceral. Algo más tarde puede haber ingurgitación y reblandecimiento del hígado y el bazo, y una notable mengua en el proceso de formación de la sangre. Es posible que se presente albuminuria, aunque ligera y transitoria, ó bien síntomas de lesión en el pulmón. Todos estos trastornos se remedian muy pronto por la administración del mercurio; y después que pasan, el paciente puede conservarse bien algunos años antes que se manifiesten los gomas que caracterizan el tercer período.

El sistema nervioso.—En otro tiempo creíase que todas las afecciones sífilíticas del sistema nervioso se manifestaban tarde y correspondían marcadamente al período terciario; pero ahora sabemos que esto es un error, y que no pocas veces los pacientes sufren por complicación del sistema cerebro-espinal en períodos comparativamente precoces. Alfredo Fournier ha descrito una forma muy particular de anestesia ó analgesia localizada, que no es rara, y la cual coincide con la erupción de sífilides. El oftalmoscopio ha permitido reconocer la existencia de retinitis en muchos casos poco después ó aun antes de terminar el primer año.

CAPITULO IV

Sintomas terciarios

La división de la sífilis en períodos es hasta cierto punto arbitraria; pero generalmente conviene muy bien con la observación clínica, y nadie puede dudar que es muy conveniente en la práctica. La especificación de los síntomas primarios es fácil, y todos admitirán que, con raras excepciones, no se repiten después de su desaparición, ni vuelven en los siguientes períodos. Lo mismo podemos decir de los síntomas secundarios. Todos reconocen una erupción copiosa, simétrica y de color cobrizo, y una ulceración superficial y simétrica de las amígdalas, como características de los primeros accidentes, y por regla general la desaparición de todo esto, sin probabilidad de que se manifieste de nuevo, al menos en la misma forma. Si transcurre un largo intervalo de inmunidad, seguramente no se reproducirán los síntomas; pero no es raro que reaparezcan con mayor frecuencia que si se tratara de los síntomas primarios. Aunque hoy día, á causa del uso tan generalizado del mercurio, rara vez tenemos oportunidad de observar la desaparición espontánea, podemos estar seguros de que, lo mismo que el período primario, el secundario tiene sus límites de duración, y desaparece de por sí al cabo

de algún tiempo. En el período que ahora vamos á examinar no se observa tal tendencia á la curación espontánea; y, á menos que el médico intervenga con su tratamiento, los procesos morbosos, una vez iniciados, continúan su marcha. Seguramente tenemos en esto un carácter importante y muy natural de la diferencia entre las formas secundarias y terciarias de la afección. Si añadimos que estas últimas, por regla general, se presentan sin guardar simetría cuando son múltiples, reduciéndose muchas veces á escaso número, y que con frecuencia las observamos después de un intervalo de inmunidad que se prolongó algunos años, aun será más evidente que constituyen un grupo separado. No hacemos distinción en cuanto á los tejidos afectados, pues creemos que lo mismo todos que cada uno de ellos pueden afectarse en cualquiera de los períodos. No es cuestión del tejido atacado, sino de los tipos peculiares que presenta el proceso morbooso, lo que constituye la diferencia.

En cuanto al período que me aventuro á llamar *intermedio*, es mucho menos fácil separarle, por una parte, del secundario; y, por otra, del terciario. Según implica su nombre, hállese entre los dos, y participa de la naturaleza de ambos. Sus manifestaciones son unas veces simétricas y otras no, desapareciendo en algunos casos sin el tratamiento específico, aunque en los más no sucede así. Este período puede comenzar antes de que el secundario haya terminado del todo, siendo posible que se prolongue hasta que se llegue al terciario bien marcadamente. Si fuera practicable servirse de la inoculación para reconocer el período, tal vez podríamos distinguirlo con más claridad. En el primario sólo la lesión local es susceptible de comunicar el contagio á otra persona; en el secundario la sangre y todos los elementos líquidos de los tejidos contienen el virus; mientras que en el terciario el contagio no es probablemente posible. Puede considerarse que la fecha precisa en que la sangre deja de ser vehículo del contagio es á fines del período secundario. En la mayoría de las personas, probablemente sucede esto entre fines del primer año y del segundo, ó más tarde en algunas. Por eso me parece que tenemos datos racionales para la división de los períodos. En el primario, la

sífilis es durante breve tiempo una enfermedad local; en el secundario, universal, ó enfermedad de la sangre y los tejidos; y, por último, en el terciario es una enfermedad de los tejidos, pero no de la sangre, y sus manifestaciones son irregulares. En la mayoría de casos no se prestan; y si aparecen en un individuo robusto, aunque no en el sentido absoluto de la palabra, solamente son locales.

Debemos estar prevenidos siempre contra ciertas observaciones que pueden ser erróneas en virtud de estudiarse la sífilis modificada por el mercurio, y no en su espontáneo desarrollo. En cuanto á mí, puedo decir que no creo que haya razón alguna para suponer que, cualquiera de los períodos ó síntomas de la sífilis, se agraven más por el mercurio. La duración de los períodos, la persistencia de los síntomas, la propensión á una recidiva, y la frecuencia de los fenómenos terciarios, serían probablemente mayores si la enfermedad se dejara abandonada á sí misma.

Los accidentes de que hablé antes (C. III), como más comunes en el período intermedio, son evidentemente, por lo menos algunos de ellos, los mismos que vemos en el período secundario, mientras que otros no se podrían esperar hasta más tarde; pero suelen diferir por su aspecto de sus homólogos en los demás períodos. La erupción eritematosa circular, por ejemplo, no se repite nunca exactamente en ningún otro período. Las placas en las palmas de las manos son más superficiales, en menor número, y más lentas en su desarrollo que el psoriasis, que algunas veces afecta la misma parte en el período secundario. En el período intermedio todo es más débil y menos agudo que en aquél, aunque hay mayor tendencia que en el terciario á la difusión ó á la multiplicidad.

Debemos decir aquí algunas palabras sobre ciertos casos en que se supone que los períodos secundario y terciario se confunden, ó en que la enfermedad se desarrolla tan rápidamente que no se distinguen. Bien observados, reconoceríamos quizás que se trata probablemente de simples casos, en los cuales el específico no produce efecto, y de consiguiente el período secundario persiste con rigor; la enfermedad se mantiene generalizada, y nunca presenta las particularidades

locales más distintivas del período terciario. No debemos considerar la gravedad de los procesos locales, es decir, la tendencia á supuración ó á la ulceración profunda, como peculiar á determinado período, pues esto puede presentarse siempre que se deje de combatir la enfermedad con el tratamiento. Si disponemos al paciente para que pueda resistir el mercurio, enviándole al campo ó al mar, generalmente se cura la afección, y la propensión á presentarse los verdaderos síntomas terciarios después de un largo intervalo de inmunidad se manifestará como en otros casos.

Síntomas terciarios.—¿Cuáles son, pues, preguntaremos, los verdaderos síntomas terciarios? Pues son aquellos á que puede estar predispuesto un paciente sifilítico desde cinco á diez años, y hasta veinte, después de su enfermedad; pudiendo suceder que luego disfrute de un largo período de buena salud. Observaremos que esos síntomas son en su mayoría de la naturaleza de los gomas, y que todos tienen como carácter peculiar la tendencia á extenderse localmente; complicación á la que, tratándose de la piel, se da el nombre de *serpiginosa*. Todos dejan cierto estado de atrofia esclerótica, ó, en algunos casos, de hipertrofia de la parte afecta. En casi todos vemos buenas razones para creer que, además del carácter sifilítico, existe alguna influencia tópica que contribuye por mucho á producir las alteraciones locales. Si quisiéramos enumerar algunas de las principales entre éstas, citaríamos las siguientes:

Periostitis crónica y recidivante, dando lugar á depósitos óseos ó hipertrofia esclerótica del hueso, y á supuración y necrosis si se descuida.

Nódulos musculares ó gomas en la sustancia de los músculos, que muchas veces semejan tumores por faltar la inflamación y por su crecimiento comparativamente lento.

Gomas de las vísceras, hígado, testículos, pulmones, etc., que progresan muy poco á poco, como sucede tratándose de los músculos.

Gomas de los tejidos fibrosos y del tejido celular: las meninges del cerebro y de la médula espinal, las cápsulas de las articulaciones y el tejido celular subcutáneo, son gene-

ralmente las partes que tienen más probabilidad de afectarse.

Enfermedades de la piel del tipo lupoide; gumatosas ó tuberculosas al principio, serpiginosas, y que dejan cicatrices.

Enfermedades de la lengua de forma gumatosa ó simplemente inflamatoria: en ambos casos conducen á la esclerosis. En estas afecciones influye tanto la costumbre de fumar, que con frecuencia es de todo punto imposible decir qué parte se debe á una causa y á la otra. La hipertrofia esclerótica superficial no deja de ser un resultado frecuente; pero en cuanto se refiere á esta alteración y á otras varias que en otro tiempo se supusieron debidas solamente á la sífilis, es indudable que precisamente pueden darse análogas nada más que por el uso del tabaco.

Desórdenes estructurales de los órganos ganglionares, conductores ó centrales del sistema nervioso, que producen enfermedades como las siguientes:

Ataxia con sus complicaciones.

Oftalmoplegia externa.

Oftalmoplegia interna.

Parálisis general de la locura.

Amaurosis, por atrofia óptica, con varias complicaciones.

Parálisis de nervios especiales (el quinto, el facial, etc.).

Alteraciones que implican tendencia general á la degeneración de tejido, como la degeneración amilóidea.

Inflamaciones crónicas de las membranas mucosas de ciertas regiones, asociadas con espesamiento y ulceración: se presentan particularmente en la boca, en la faringe, en el recto y en las partes genitales de la mujer (estiomena).

En la mayoría de estos casos no hay en ningún período señales de inflamación activa, ni prueba alguna de que se formen depósitos ó tumores que puedan merecer el nombre de *gomas*. Indudablemente existe al principio una forma crónica muy ligera y exudativa de inflamación; pero muy pronto da lugar á cambios atróficos. Hay muchas razones para creer que la lesión inicial es serpiginosa ó localmente infectiva, pues la vemos extenderse poco á poco á las partes contiguas, á menos de que no se contenga con el tratamiento. Excepto

en sus primeros períodos, en estas afecciones no suele influir mucho el tratamiento específico.

La influencia medicamentosa, en cuanto se refiere á las afecciones terciarias, es variable é incierta. Algunas veces, como sucede con los grandes gomas de la lengua ó de los músculos, su influencia se revela muy pronto, y la curación es fácil; pero no sucede así con muchas de las otras manifestaciones terciarias, pues algunas de ellas progresan de continuo á pesar del tratamiento, ó se reproducen rápidamente cuando éste se suspende. En muchos casos se consigue un marcado alivio, si bien no es dado conseguir la curación. Lo que decimos es, sobre todo, verdad respecto á muchas de las afecciones del sistema nervioso, remotamente relacionadas con la mácula sifilítica. Hé aquí por qué el efecto nulo del tratamiento no se puede aceptar como un hecho concluyente respecto al diagnóstico.

Muchos desórdenes que se asocian con un lejano ataque de sífilis no responden definitivamente ni al ioduro de potasio ni al mercurio; pero en casi todos los casos estos agentes palían un poco, y puede suceder que se dejen á un lado precisamente cuando se iba á obtener algún alivio. Un estudio atento de la terapéutica de las afecciones lupoides de la piel debidas á la sífilis, nos ayudará probablemente mucho á comprender lo que ocurre en regiones ocultas á nuestra vista. El lupus sifilítico resiste con frecuencia al ioduro de potasio, pero desaparece desde luego cuando se emplea el mercurio. Muy á menudo, á decir verdad, cede por la aplicación de uno ú otro de estos medicamentos; y el paciente, satisfecho con el resultado, deja de tomarlos antes de que la curación sea completa. Si se deja la menor parte de la neoplasia luposa, esto bastará para que el proceso vuelva á extenderse. Por otra parte, si la placa está curada y sólo queda una cicatriz sana, rara vez se verá una recidiva. En prueba de la resistencia de esta enfermedad á los específicos, puede aducirse el hecho de que en muchos casos, á pesar del tratamiento de diversos médicos, la afección se prolonga durante la mitad de la vida del paciente. Basta que apliquemos este experimento de la fuerza de resistencia de los tumores celulares sifilíticos de la piel al sistema nervioso, y se comprenderá por qué las afecciones como

la ataxia y la oftalmoplegia son á menudo incurables. El ioduro de potasio, administrado á dosis suficientes, suele ser muy eficaz para la curación de las afecciones terciarias de toda especie. Por varios conceptos, y en algunos casos, parece aun más útil que el mercurio; pero muchas veces deprime tanto que se debe suprimir su uso. Cuando un caso resiste al ioduro é importa obtener un rápido resultado, se debe combinar aquél con el mercurio, ó se dará éste solo. El pronóstico de la sífilis terciaria depende completamente del buen ó mal resultado de nuestro tratamiento. En su propia naturaleza, todas las afecciones de esta clase son progresivas y no manifiestan tendencia al alivio espontáneo: aunque se ayude mucho con los específicos, hay gran riesgo de recidiva. En muchos casos, no obstante, una vez obtenida la completa curación local, la enfermedad no se reproduce, y el paciente estará bien durante muchos años. En otro tiempo, antes de la introducción del ioduro de potasio, y cuando sabíamos menos respecto á los métodos mejores para usar el mercurio, muchos casos terciarios terminaban fatalmente.

Ya se comprenderá, por lo dicho, que el diagnóstico de la sífilis terciaria está rodeado de dificultades. En numerosos casos es muy fácil, pero en muchos también las causas de error son tantas que no se pueden abarcar. Igual que en los primeros períodos, obsérvase que la afección tiende á veces á la imitación: la forma de ataxia que ataca á los sifilíticos, y que es en parte debida á dicha causa, suele ser muy semejante á la que reconoce otro origen. Muchos casos de lupus sifilítico son en un todo como la especie común, y lo mismo sucede con las más de las otras manifestaciones. La imitación, sin embargo, es imperfecta en algunos detalles; y, sin entrar aquí en minuciosidades respecto al diagnóstico de las afecciones especiales, podemos decir, en general, que es lícita la sospecha siempre que una afección crónica reviste un desarrollo y curso irregulares. Rara vez son del todo acabadas las imitaciones sifilíticas, y á menudo se desarrollan más rápidamente que sus prototipos. En todos estos casos se debe conocer bien la historia, y las más de las veces el diagnóstico se apoyará en la anamnesis.

CAPITULO V

Tratamiento de la sífilis en general

Tratamiento.—Hemos hablado ya de varias particularidades de éste en las anteriores páginas; pero el asunto es tan importante que, á riesgo de incurrir en repeticiones, bueno será recapitular, extendiéndonos un poco en la materia. En estos últimos años el tratamiento de la sífilis se ha reducido casi al juicioso uso de dos específicos; y así es que, con dejar sentadas reglas seguras para la administración del ioduro de potasio y del mercurio, nuestra tarea queda casi terminada. En otro tiempo varios específicos vegetales gozaban de cierta reputación; pero el descubrimiento del ioduro de potasio y sus propiedades como auxiliar del mercurio han acreditado de tal modo este último medicamento, que rara vez vemos hacer mención de ningún otro remedio. Precisamente en los casos en que el mercurio no produce efecto ó es inconveniente, el ioduro es eficaz, y pocos son aquellos que no obtienen un resultado satisfactorio por el juicioso uso de uno ú otro de esos medicamentos ó de la combinación de ambos.

Debemos dar algunas reglas generales que sirvan de guía en el empleo de tan importantes drogas.

En los primeros períodos de la sífilis el ioduro de potasio es comparativamente ineficaz, y se debe usar el mercurio. Así, por ejemplo, la induración de un chancro primitivo resistirá á la influencia de aquél, pero desaparecerá pronto si se da el mercurio; y lo mismo sucede con los síntomas secundarios, todos los cuales, excepto tal vez las úlceras de la garganta y de la boca, se tratan mejor con el mercurio. Cuanto más tardía sea la manifestación y más largo el período desde que aparecieron los síntomas primarios, mayor es la probabilidad de que los ioduros resulten eficaces. Así vemos que contra todas las formas de gomas terciarios, bien sea en los músculos, en el tejido celular ó en las glándulas, la influencia del ioduro suele manifestarse rápida y definitivamente.

Un tumor en la lengua, en el testículo ó en un músculo, será reabsorbido por la acción del ioduro no menos pronto que una induración por la aplicación del mercurio. El grado preciso del goma no implica, al parecer, mucha diferencia, pues la fuerza específica del medicamento se demuestra tan claramente contra una úlcera abierta como tratándose de una infiltración profunda. De este aserto de la eficacia del ioduro para combatir todos los síntomas terciarios no se debe deducir que el mercurio no sea útil en ellos, ni tampoco que no sea el mejor de los dos en muchos casos de esta índole. A veces, sin embargo, seguramente no conviene, como lo demuestra el hecho de la frecuente intratabilidad de la sífilis terciaria antes de que el ioduro fuese conocido.

Al entrar en una apreciación comparativa del valor de estos dos medicamentos se ha de fijar la atención, no sólo en el período de la enfermedad, sino en la dosis del fármaco y en la idiosincracia del paciente. El ioduro ha perdido seguramente en los últimos diez años alguna de la reputación de que gozaba, alcanzando, de consiguiente, más el mercurio; y este cambio gradual de opinión ha coincidido con el uso de este medicamento á dosis mucho más cortas que antes, y su combinación con los tónicos. En muchos pacientes el mercurio parece obrar de por sí como un tónico si la dosis es pequeña, y algunas atentas observaciones han demostrado que, no sólo favorece

la depuración por el sistema glandular, sino que aumenta el número de corpúsculos rojos de la sangre. Todo depende de la dosis. Los ejemplos de una extremada idiosincracia no son comunes tratándose del mercurio; pero á veces encontramos pacientes á quienes las más pequeñas dosis no convienen, mientras que otros, tomándolas considerables durante largo tiempo, apenas obtienen una mejoría apreciable. Respecto al ioduro, la idiosincracia tiene mucho más valor. Numerosos individuos no pueden tomar las dosis ordinarias sin experimentar efectos tóxicos; y muchos más, que pueden tomarlas, experimentan bajo su influencia curativa, en cuanto se refiere á la enfermedad, cierto grado de depresión que produce verdadero malestar. Tratándose del mercurio, la tolerancia aumenta por la costumbre, sucediendo lo contrario con el ioduro. Para este último, sin embargo, también se obtiene la tolerancia en la mayoría de pacientes por medio de adiciones graduales, que preparan para tomar mayores dosis. Es uno de esos medicamentos en que se da la curiosa circunstancia de importar poco la cantidad: con frecuencia se obtienen tan buenos efectos con las pequeñas como con las grandes, y los casos más graves de intoxicación resultaron por lo regular de dosis cortas. He conocido pacientes que se curaron definitivamente tomando menos de seis centigramos cada vez; y, por otra parte, sé de un individuo que tomó más de cuarenta y cinco gramos en un día. Si un paciente puede tolerar el medicamento, y sus síntomas no ceden, á menudo conviene aumentar la cantidad libremente; mas por regla general puede dudarse de que las dosis muy considerables produzcan más efecto que las moderadas.

El temor de ocasionar la atrofia de los testículos por el prolongado uso de los ioduros, ejerce poca influencia en el ánimo de los médicos modernos; pero, aunque estos resultados se observan rara vez, debe reconocerse que el ioduro deprime á menudo las funciones sexuales de una manera muy marcada mientras se usa, y es posible que en algunos casos las perjudique para siempre: en muchas personas produce abatimiento y disgusto.

Los ioduros de mercurio son apreciados por muchos médicos, particularmente en Francia. No cabe duda que son su-

mamente eficaces; pero los más de ellos son irregulares en su acción, más propensos á producir cólicos y diarrea, ó á determinar el ptialismo, que no la mayor parte de los preparados sin combinar de cualquiera de sus componentes. También puede dudarse que sus sales combinadas sean más eficaces que los preparados simples que tienen la ventaja de producir menos variación en sus efectos. Los que gustan de la sencillez de las fórmulas podrán contentarse con saber los pormenores del uso del mercurio y del ioduro de potasio, separada ó juntamente, para aventurarse á prescindir de sus sales combinadas, sin perjuicio para los pacientes. Sería muy pesado tratar de describir la manera de usarlas; y como sus dosis se hallan inscritas en todos los *Artes de recetar*, no es necesario referirnos más á ellas.

El mercurio se puede usar de muy diversas maneras, y tan eficaces todas que cada una tiene sus partidarios. Todo lo que se necesita es que se introduzca en la sangre, poniéndose en contacto con los tejidos; y cualquier método que conduzca á esto sin menoscabo de la salud del paciente, ó trastorno de sus funciones digestivas, será satisfactorio. Tal vez debamos dar la preferencia á los métodos por los cuales se introduce el medicamento en virtud de la absorción á través de la piel, pues seguramente son menos propensos á producir salivación que cuando se ingieren por la boca; pero á esto se reducen tal vez todas sus ventajas; y puede dudarse, aunque lo aseguren sus partidarios, que sean así más marcadamente curativos. Por otra parte, sin embargo, es muy fácil dar el mercurio por la boca de tal modo que no altere el estómago, y este método de tratamiento es en la mayoría de casos mucho menos inconveniente. Debo añadir que, después de haber tenido muchas ocasiones de observar los diversos métodos, he adoptado el sistema de reservar los que se refieren á la piel para los casos excepcionales, y que en todos los casos ordinarios administro el remedio por ingestión. Sólo una regla parece ser segura para el éxito, consistiendo en prescribir dosis más ó menos repetidas y nunca considerables.

El *hydrargyrum cum cretâ* (polvo gris) es tal vez el más constante ó menos variable de todos los preparados: con él se pue-

den hacer píldoras de cinco á seis centigramos (1) en combinación con otro tanto de polvos de Dover, si es necesario; y el paciente puede tomar una cada seis, cuatro, tres ó dos horas, según las circunstancias. Por lo regular bastarán cuatro píldoras diarias para hacer que desaparezca un chancro, ó una erupción secundaria, tan rápida y completamente como se puede desear. En algunos casos puede ser más conveniente doblar la dosis en vez de aumentar el número de tomas; pero esto último es lo mejor si el paciente no se opone. Cuando se produce el ptialismo con tales dosis, seguramente será ligero y fácil de dominar; pero generalmente se logra hacer desaparecer todos los síntomas de sífilis sin ocasionar ninguna afección de las encías. Si se presenta, implica por lo regular toda la influencia fisiológica del medicamento, y se puede esperar una rápida desaparición de los síntomas.

Durante el tratamiento mercurial hay que abstenerse de las frutas, los vegetales ácidos, todos los aperitivos, y la mayor parte de los estimulantes. El enfermo ha de enjuagarse con mucho cuidado la dentadura y las encías dos veces al día, y será mejor que no fume, pues toda irritación producida por el tabaco en la boca tiende á que se formen placas mucosas y úlceras en las fauces, muy difíciles de curar. La razón que hay para abstenerse del café, de las frutas, etc., es el temor de que se originen diarreas. Un paciente que se sujete á hacer uso del medicamento en la forma y dosis indicadas, puede dedicarse á sus ocupaciones ordinarias sin peligro alguno; pero si permanece mucho tiempo al aire libre, debe esperar algún retraso en la influencia del específico, y le será forzoso tomar mayores dosis. Del propio modo, todos los tónicos (quina, hierro, etc.) ayudan á la economía á resistir el mercurio; pero sólo se deben usar cuando son verdaderamente necesarios. Si el paciente permanece en cama y toma poco alimento, cederá mucho más pronto á la influencia mercurial, y el ptialismo puede producirse entonces con la mitad de las dosis que se requiere para un individuo expuesto al aire libre.

(1) El original dice *un grano*, que en Inglaterra es equivalente á 0'0647 gramo.

En cuanto á la producción del ptialismo en el tratamiento de la sífilis, podemos decir que, si bien muchas veces desaparecen los síntomas muy pronto, precisa combatirle al punto que se presenta. Si es abundante y exige la suspensión del tratamiento, este último se empleará de nuevo á dosis más pequeñas apenas se cure la boca. Algunos de los ataques más fuertes se presentan en aquellos individuos que se han curado muy pronto, después de un breve ptialismo, en temprano período, y han dejado desde entonces de medicarse. En tales condiciones hay propensión á que se manifieste la rupia.

Si el mercurio se prescribe para un chancro indurado, probablemente se necesitará un mes para que desaparezca toda induración; pero este período varía mucho en los diferentes individuos, y tal vez se halle en relación también con el tiempo en que comenzó la curación. Si se da principio antes de manifestarse ningún síntoma secundario, es probable que éstos no aparezcan, ó, cuando más, que su forma sea muy ligera. Las úlceras de la garganta son el fenómeno que menos á menudo deja de aparecer. Si en cualquier período, dentro de los seis meses, se suspende la administración del mercurio, á las pocas semanas de hacerse esto es probable que se manifieste una erupción; pero en este caso siempre será ligera y parecerá proporcionada al espacio de tiempo durante el que se administró el mercurio.

Hasta ahora no se han formado estadísticas que nos permitan hablar con seguridad de la eficacia relativa de los diversos métodos de tratamiento para evitar las recidivas. No sabemos con seguridad si los que han experimentado mucha salivación están menos predispuestos á recidivar que aquellos que, habiendo tomado muy pequeñas dosis, nunca experimentaron sus efectos más que por la desaparición de los síntomas; y esta observación, en cuanto á reproducirse los fenómenos secundarios, se aplica también á los síntomas terciarios. Creemos, fundado sin duda en buenos motivos, que los pacientes que han tomado mercurio largo tiempo, en los primeros períodos de la enfermedad, están menos propensos que los demás al subsiguiente desarrollo de los síntomas terciarios; pero debe admitirse que faltan pruebas sobre este punto, pues, á cau-

sa de la unanimidad predominante de la opinión respecto al mercurio, es muy difícil encontrar para la observación casos en que aquél se haya omitido. La sífilis es tan variable en su naturaleza, que es muy incierto considerar como un hecho seguro lo que de algunos casos parece desprenderse. No puede dudarse de que muy á menudo observamos síntomas terciarios muy graves en individuos que, á juzgar por su historia, parecen haber estado sometidos á un tratamiento muy breve ó irregular. Por desgracia, sin embargo, hay otros casos en los que los restos del mal producen una recidiva, y hasta la aparición de intensos síntomas terciarios, después de un tratamiento específico de los más largos. Por regla general el mercurio cura en el período secundario, y un considerable número de nuestros pacientes no vuelven á resentirse nunca de la enfermedad. Sin embargo, hay excepciones, y éstas pueden darse, sean cuales fueren los diversos métodos del tratamiento.

Si hemos de apreciar la relativa eficacia por el número de pacientes en que los fenómenos desaparecen, será, sin duda, cierto que el uso interno del *polvo gris*, á pequeñas dosis, repetidas á menudo, es tan útil como las unciones ó las fumigaciones.

En apoyo del método de las pequeñas y frecuentes dosis, debemos decir que los pacientes mejoran de salud, por lo regular, de esta manera; y si se evitan los efectos catárticos, el paciente mejorará á menudo de apetito y en su digestión, y puede recobrar mayor peso y buen color. Los que han sufrido antes constipación y son propensos á las cefalalgias, podrán librarse de estas perturbaciones, quedando exentos de ellas. En las mujeres que han sufrido menstruaciones dolorosas, el tratamiento mercurial puede ser la curación completa. Estos hechos clínicos, que son objeto de frecuente observación para los especialistas en sífilis, tienen un carácter tan marcado que merecen llamar la atención de los médicos en general. Bien sabido es que muchos notables terapeutas se han prendado del mercurio para combatir varias afecciones crónicas, como la escrúfula, y diversas formas de dispepsia, así como las afecciones en que está interesado más particularmente el hígado.

La experiencia en la sífilis llegaría hasta demostrar que este medicamento puede usarse sin ningún temor de que se pierda la salud general, pero empleándolo de la manera indicada. Por otra parte, no hay duda de que pueden producirse graves formas de caquexia y debilidad por la administración irregular y excesiva de esa poderosa droga.

En cuanto á su manera de influir en la sífilis, podemos suponer razonablemente que es indispensable que se ponga en contacto con los elementos celulares envueltos en el proceso morbosos. Cuando su aplicación local es practicable, sabemos que por lo regular tiene mucha eficacia. La administración á través de la sangre, sólo es necesaria cuando la afección se ha generalizado, como en el período secundario, ó cuando sus manifestaciones se presentan en partes no accesibles. Conviene combinar, las más de las veces, el uso local con el interno. En los chancros primarios, las lociones con el agua fagedénica negra apresuran seguramente la curación, haciendo que desaparezca la induración, y también en la erupción secundaria contribuye mucho á la curación la aplicación de algún ungüento mercurial. Para esto último, el cloruro de amonio (sal amoníaco), en la proporción de noventa centigramos por treinta gramos de manteca de puerco, será muy conveniente (1). Su uso se debe aplicar, sobre todo, cuando la erupción afecta la cara y las manos y se desea hacerla desaparecer cuanto antes.

Las observaciones hechas hasta aquí suministran aún más detalladas demostraciones, en cuanto á la eficacia del tratamiento local, en todos los casos en que la enfermedad ha pasado al período secundario; y con frecuencia se observan notables efectos de esto. Los casos en que se ha continuado largo tiempo el uso de los específicos internos sin obtenerse un beneficio parcial, se pueden curar rápidamente por los medios locales; y no sólo se obtiene la curación, sino que ésta será permanente, ofreciéndonos un fuerte argumento en favor del carácter esencialmente local de tales fenómenos. Respecto á

(1) Quince *granos* por una onza. Equivale ésta, en Inglaterra, á 31'0913 gramos.

las formas de fagedenismo sífilítico en el período terciario, son bien conocidas. Aunque la administración de los ioduros, y hasta del mercurio, suele ser muy útil, la curación se puede efectuar en una quinta parte de tiempo por el iodoformo ó la cauterización con el nitrato ácido de mercurio. También diremos que el psoriasis sífilítico palmar, y las lesiones serpiginosas sífilíticas del tipo lupoide, se tratan mejor localmente. Una pomada que contenga cuatro gramos de iodoformo por treinta de manteca de puerco, y se use ampliamente, producirá á menudo rápida curación en tales casos, siendo para muchos más eficaz que ningún otro remedio. En todas las afecciones sífilíticas de la piel, en el período terciario, bien sean úlceras ó tumores, no se debe omitir nunca su uso si el paciente lo permite.

Que no es necesario en tales usar un específico, está evidentemente comprobado, no obstante, por la eficacia de las aplicaciones cáusticas con el mismo objeto. Una sola aplicación de nitrato ácido de mercurio puede bastar para curar permanentemente una placa de lupus sífilítico que ha resistido á un largo tratamiento interno. Parece que los organismos celulares de semejantes neoplasias tienen escasa vitalidad; y, si bien infectivos, se pueden combatir fácilmente con cualquier cáustico. Lo esencial es destruir hasta el último vestigio; porque, si queda la menor partícula, bastará para reproducir la afección. Por lo que vemos respecto á la eficacia de las aplicaciones específicas y el tratamiento interno en caso de afecciones serpiginosas de la piel, bien podemos inferir cuál es su poder en las enfermedades de los órganos internos, y especialmente del sistema nervioso. Si en las primeras no alcanzamos una curación completa, el proceso morboso se reproducirá, siguiéndose una recidiva; pero si la curación local es perfecta, sin duda será permanente. De este modo se explican tal vez los frecuentes desengaños respecto á la afección en las partes á que no puede llegarse directamente: no avanzamos en el tratamiento todo cuanto debíamos.

Después de lo dicho es evidentemente imposible establecer reglas en cuanto á la duración de un tratamiento antisifilítico, que dependerá de los métodos empleados y de los efectos

producidos. Si se trata de una sífilis primaria, ó del principio de la secundaria, y el tratamiento adoptado es el mercurial, á pequeñas dosis, sin ptialismo, probablemente bastará un período de seis meses, y en los cuatro últimos el paciente no experimentará ya acaso ningún síntoma; pero aun después de este largo tiempo podemos esperar, en cierto número de casos, alguna erupción simétrica, presentada á las pocas semanas de haberse suspendido la medicación: sin duda será un eritema muy ligero, y desaparecerá pronto cuando se vuelva á tomar el medicamento. A menos de manifestarse algunos síntomas, probablemente no habrá razón para apelar de nuevo á los específicos. Si el paciente es casado ó trata de contraer matrimonio, puede ser útil continuar el uso del mercurio mucho más largo tiempo, con ó sin ligeras omisiones. Algunos buenos prácticos aconsejan períodos intermitentes cortos para administrar el medicamento, y sin duda que se pueden obtener excelentes resultados. No obstante, tratándose del método de dosis pequeñas, parece haber poca razón para suspender el medicamento hasta que parezca oportuno suprimirlo del todo.

Tal vez sea conveniente entrar aquí en algunos pormenores respecto á los diversos métodos de usar el mercurio para la curación de la sífilis. El método de las unciones está muy en favor desde hace largo tiempo, y aun está muy generalizado su uso en el continente, sobre todo en Aquisgrán, á donde van por lo mismo muchos pacientes, pues allí se comprende muy bien la manera de aplicar el remedio. Los auxiliares ocupados en este servicio emplean de veinte minutos á media hora para cada fricción, y usan cuatro gramos de la pomada mercurial más fuerte. Todo cuanto se hace en Aquisgrán se puede practicar igualmente bien en la casa del paciente: todo cuanto se necesita es que este último se someta al tratamiento y observe las debidas precauciones. La unción se debe aplicar en diferentes partes, en días sucesivos, para evitar que se produzca la irritación eczematosa. Generalmente es mejor hacer la unción á los lados del pecho y en el abdomen, pero también es conveniente en la cara interna de los brazos y de los muslos. Después de la aplicación el paciente se debe poner un traje de franela é irse á la cama sin lavarse; pero por la mañana to-

mará un baño caliente. En Aquisgrán se acostumbra practicar la operación por espacio de un mes, modificándose la cantidad del medicamento y el número de fricciones según los efectos producidos. Es costumbre aconsejar á los pacientes que vuelvan al cabo de algunos meses para una nueva aplicación del remedio, á fin de completar la curación. Por lo regular obtiénense excelentes resultados de este modo, y con no poca frecuencia se curan pacientes cuyos síntomas habían resistido á otros métodos; lo cual se explica si se tiene en cuenta que estos últimos no producen efecto muchas veces á causa de la irregularidad del paciente en su uso, y por no observar las debidas precauciones.

Podemos decir, además, que el sistema de las unciones es el menos desagradable, porque no produce salivación ni cólicos, como sucede con la administración interna, siendo además sus efectos seguros. Sin embargo, hay motivos para dudar que ese método pueda recomendarse por otra cosa, y que sea exacto que la curación ofrezca con él más seguridad.

En diversas estaciones balnearias, muy afamadas para el tratamiento de la sífilis, la atención popular se fija en los baños calientes sulfurosos tanto como en las fricciones mercuriales; mas no hay motivo para creer que aquéllos contribuyan á la curación.

Otro método endérmico es el de las fumigaciones, método que perfeccionó el difunto M. Langston Parker, de Birmingham, y que después fué adoptado con éxito por M. Henry Lee y otros. Los calomelanos son la forma de mercurio ahora empleada por lo regular. Debe prepararse especialmente; é importa que la sustancia sea muy pura. La dosis es de uno á dos gramos. Se sublima por el calor juntamente con el vapor acuoso, y es preciso que se deposite en la piel del paciente. Hecha la aplicación, aquél se debe envolver en franela y meterse en la cama sin lavarse ni secarse.

Este método tiene las mismas ventajas que el de las fricciones y es sumamente eficaz; pero ambos adolecen de la desventaja de ser mucho más molestos que la administración por la boca, y, aunque menos susceptibles de producir el ptialismo, pueden acarrear igualmente inesperada salivación.

Las inyecciones hipodérmicas se usan poco en la práctica (inglesa), y tampoco parecen gozar de mucho favor entre los cirujanos continentales, que en otro tiempo las consideraban de mucho valor. Esto no impide que M. Astley Bloxam las use mucho, juzgándolas muy eficaces. En una comunicación verbal de este médico se insiste en la adopción de las siguientes precauciones:

A fin de impedir la irritación y los abscesos, la inyección debe hacerse en el músculo y no en el tejido celular, y la aguja debe lavarse siempre después de haber cargado la jeringa, de modo que ninguna partícula de líquido pueda tocar la piel durante la introducción. Basta inyectar una tercera parte de grano de bicloruro de mercurio, disuelto en veinte gotas de agua una vez á la semana (1). Tres de estas inyecciones, practicadas en días consecutivos, harán salivar mucho, probándose así la eficacia del método. El músculo más conveniente para el objeto es el glúteo mayor, y la disolución se ha de preparar siempre en el momento de ir á usarla.

Se pueden hacer algunas importantes observaciones en cuanto al uso del ioduro de potasio y otros.

Algunas veces el ioduro de sodio deprime menos que la sal de potasio, y obra con la misma eficacia, conviniendo mucho combinar los tres ioduros (sodio, potasio y amonio) en la misma prescripción. Bien se dé solo ó asociado, debe añadirse algún preparado de amonio, con preferencia sal amoníaco, pues aumenta mucho la eficacia de la sal iodada. Nunca es bueno comenzar por una dosis considerable de ioduro, pues las pequeñas son tan eficaces como las macizas, y á menudo es muy esencial aumentarlas poco á poco. Las de diez á quince centigramos producirán á menudo, al principio, tanto efecto como las de cincuenta ó más. Si la curación no progresa rápidamente, se aumentará la dosis, cada semana, en diez centigramos.

(1) Dejamos al autor la responsabilidad de prescribir semejante dosis (dos centigramos por gramo), pues es sabido que la generalmente empleada no suele pasar del dos por mil, bien que practicándose dos veces al día.

El coriza es el más común de todos los síntomas debidos al ioduro cuando no conviene: puede ser muy abundante al principio, pero en general dura poco tiempo. En otros casos es posible que el paciente sufra cefaleas mientras tome el medicamento; en cuyo caso suele haber marcada depresión, por lo cual el médico obrará juiciosamente si trata de obtener la curación por medio de pequeñas dosis de mercurio.

Las erupciones de la piel que pueden ser producidas por el ioduro, son muy diversas en sus caracteres. Seguramente se deben á la idiosincracia, y tienen poca ó ninguna relación con la dosis empleada. Por lo regular se desarrollan rápidamente, y á veces con mucha intensidad después de tomar dos ó tres dosis. Cuando se ha producido la erupción, rara vez se nota tendencia á que desaparezca mientras se siga tomando el medicamento, y comunmente se agrava, así en su abundancia como en su carácter. El tipo más común en la erupción por el ioduro es una forma de acné; pero también pueden producirse hemorragias, eritemas y vesículas ó flictenas. Algunas veces obsérvase la formación de pápulas que pueden desarrollarse hasta adquirir considerable tamaño. Algunas de estas erupciones se pueden asemejar mucho á las sifilíticas para los que no son expertos, pudiendo suceder que sigan prescribiendo el medicamento con esperanza de curar lo mismo que se está produciendo. En tales casos es posible que ocurra algún funesto percance por efecto de la debilidad. Cuando se manifiestan las erupciones, generalmente son indicación de disminuir la dosis ó suspender la medicación.

Los más de los pacientes resisten mejor los ioduros cuando gozan de una salud robusta; y en el período en que los necesitan (en el terciario) es, por lo regular, útil emplear tónicos y hacer que se respire el aire libre. El arsénico tiene cierta nombradía, porque tiende á evitar las erupciones; y muchas personas resisten dosis enteras cuando pueden aspirar la brisa marina, mientras que de otro modo sufrirían mucha depresión.

En la práctica inglesa se aprecia mucho la combinación extemporánea del bicloruro de mercurio con el ioduro de potasio. A la dosis de cuatro gramos de la solución de la *Far-*

macopea (al uno por mil), con veinticinco ó treinta centigramos de ioduro y dos gramos de sal amoníaco se obtiene un compuesto que rara vez deja de agradar.

Respecto á las indicaciones especiales para el tratamiento relativo á ciertos síntomas peculiares y desórdenes que pueden exigir determinadas reglas, bueno sera hacer algunas observaciones.

Úlceras de las fauces y de la boca en el período secundario.—Prescribáse el mercurio, hágase uso del agua negra alemana(1) en gargarismo, ó aplíquese á la parte el iodoformo. Si esto no produce efecto, tóquense las úlceras con nitrato ácido de mercurio ó algún otro cáustico; y si se aqueja mucho dolor, será necesario ver si no se agravaron acaso con el mercurio, sobre todo si se ha usado éste largo tiempo. Cuando esto parezca probable, se deberá suprimir dicho medicamento, dándose el ioduro de potasio. Siempre se debe prohibir el uso del tabaco.

Úlceras de las fauces en los períodos intermedio ó terciario.—Son á menudo fagedénicas, debiendo prescribirse el ioduro de potasio y el iodoformo, aplicado por insuflación ó por medio de un pincel de pelo de camello. Si la lesión persiste en casos excepcionales, se tocará la úlcera con nitrato ácido de mercurio. Estas úlceras corroen rápidamente, y, por lo tanto, el tratamiento debe ser muy activo. Por lo regular no hay inconveniente en usar pequeñas dosis de mercurio, pero en general bastará el ioduro.

Iritis, retinitis, neuritis, etc., en el período secundario.—Prescribáse el mercurio rápidamente hasta ligero ptialismo, y para la iritis úsese la atropina. Las altas dosis de ioduro de potasio bastarán generalmente para estas afecciones; pero mejor es el mercurio.

Erupciones ulcerativas secundarias del tipo rupoides.—Por lo regular se manifiestan después de haberse administrado el mercurio á dosis considerables y de suprimirse el medicamento algún tiempo. El mercurio, en combinación con

(1) Agua fagedénica negra { Mercurio dulce al vapor, cinco centigr.
 { Agua de cal, treinta y dos gramos M.

el ioduro de potasio, es lo indicado, ó bien se puede dar el primero solo: rara vez basta el ioduro de por sí. Se debe evitar cuidadosamente el ptialismo; y si no se obtiene buen resultado con otros métodos, se ha de apelar á las uncciones ó á las fumigaciones. El aire del mar tiene á menudo mucho valor. Una vez comenzada la curación, por lo regular sigue bien, y al fin se completa. La pomada de iodoformo se debe usar para todas las úlceras.

Fagedenismo en todas sus formas y períodos.—El iodoformo es, con mucho, lo más conveniente y menos doloroso, así como el medicamento más eficaz; y es probable que aventaje á todos los antiguos métodos. Si no produjese buen resultado, la inmersión constante, el nitrato ácido de mercurio ó la cauterización, son los medios que se deben emplear. El mercurio y el ioduro deben darse con opio; y si todo esto deja de producir efecto, se ha de enviar al paciente desde luego á la orilla del mar para medicarse allí de nuevo del mismo modo que antes.

Arteritis (indicada por los accidentes cerebrales).—Empléese un largo tratamiento de pequeñas dosis de mercurio ó de ioduro; pero éste no es tan eficaz.

Periostitis y todas las formas de afecciones óseas.—Para esto el ioduro de potasio es muy eficaz y alivia el dolor más pronto que ningún otro medio. Si el mal se resiste, se debe usar el mercurio, y con frecuencia será bueno para resolver exostosis en que el ioduro no había influído.

Periostitis y afecciones de los huesos en la sífilis hereditaria.—Se han de usar los mismos medios, pero los resultados no serán tan rápidos. Muy á menudo se forman exostosis que resisten al tratamiento más ó menos, desapareciendo después de pronto.

Afecciones lupoides de la piel en el período terciario.—Háganse fricciones con la pomada de iodoformo, ó, si es en parte en que esto no se puede practicar convenientemente, ó es el olor una dificultad, aplíquese el nitrato ácido de mercurio. También se puede administrar el ioduro de potasio; pero si no produce efecto, se sustituirá desde luego por mercurio.

Lupus fagedénico de la nariz y de la cara por

sífilis hereditaria.—La destrucción puede ser muy rápida, y el tratamiento se ha de aplicar inmediatamente. Cauterícese con nitrato ácido, aplicando después la pomada de iodoformo. Se prescribirá ioduro y corteza peruana.

Keratitis intersticial de la sífilis hereditaria.—Trátese largo tiempo con pequeñas dosis de mercurio y quina, y envíese al paciente al campo ó al mar para que permanezca allí durante la medicación. Usense las fomentaciones de atropina ó belladona.

Ataxia locomotriz ú otras afecciones nerviosas crónicas y graves con antecedentes sifilíticos.—Se prescribirá el mercurio á pequeñas dosis; y si resulta beneficio, repítase el tratamiento con el intervalo de un mes, ó dense dosis más pequeñas sin ptialismo durante un período de seis meses ó un año. En muchos de estos casos hay recidiva, y es necesario repetir el tratamiento. Las unciones son muy útiles, pero no más que las pequeñas dosis por el estómago. El ioduro de potasio es también muy eficaz, aunque probablemente no tanto como el mercurio.

En los casos que se resisten al mercurio y en los cuales se desea producir el ptialismo rápidamente, úsese el método hipodérmico, empleando, dos centigramos (1) cada día durante tres ó cuatro, ó úsese el mercurio por la boca, ó las unciones, é insístase para que el paciente guarde cama.

En los casos de preñez en que se desea proteger el feto, adminístrense pequeñas dosis de mercurio (cinco centigramos de polvo gris, ó cuatro gramos de la solución de bicloruro tres veces al día) (2) durante todo el período. Puede ser que haya una objeción para esto, es decir, que se dañen los primeros dientes del niño; por lo cual conviene antes una observación en este punto.

En los casos en que el casamiento esté en perspectiva, el paciente debe tomar pequeñas dosis de mercurio de continuo durante todo el período que medie antes del matri-

(1) El texto dice *un tercio de grano*.

(2) La solución de la *Farmacopea* inglesa es al uno por mil.

monio, absteniéndose del ioduro de potasio. Por muy eficaz y prolongado que sea el tratamiento, ninguno debe casarse antes de haber pasado dos años desde el principio de la enfermedad.

CAPITULO VI

Sífilis congénita y leyes de la herencia

Los términos *congénita*, *trasmitida* y *hereditaria*, por lo que se refiere á la sífilis, se pueden considerar como sinónimos. Todos están en contradicción con la palabra *adquirida*, é implican que la afección se obtuvo de los padres antes de nacer, y no más adelante por contagio. En todos los casos de sífilis adquirida (excepto, tal vez, en la mujer embarazada con feto inficionado), la úlcera primitiva ó chancro es necesariamente el primer período de la enfermedad. En la herencia no se produce semejante chancro, sino que el virus pasa directamente de los humores del padre á los del hijo. El término *congénita* no implica que la herencia sea manifiesta en la época del nacimiento, supuesto que puede suceder que los síntomas no aparezcan hasta mucho tiempo después. También es un hecho que la mácula, ó más bien el virus viviente, existe siempre en el niño al nacer.

Puede haber alguna variedad en cuanto al modo de heredarse el contagio: es posible que proceda sólo del padre ó de la madre, hallándose siempre el veneno en uno de los dos cuando la concepción se verifica. A ésta le podemos dar el nombre de *herencia de concepción*, calificada de *paterna* ó *materna*, ó bien *herencia seminal* y *herencia germinal*, según los

casos. Esta es la única especie posible de herencia *paterna* directa. Sin embargo, la madre puede ser el medio que comunique la enfermedad á su vástago de otra manera. Es posible que en la fecha de la preñez estuviera perfectamente sana, y que adquiriera la enfermedad más tarde, durante el embarazo; y entonces el feto recibirá el veneno, no en el verdadero punto de arranque de su existencia, sino al cabo de un período más ó menos largo de vida intrauterina sana. Numerosos hechos prueban que, sea cual fuere el período de la preñez de una mujer que adquiere la sífilis, si hay tiempo para que se desarrolle la afección, es muy probable que pase de ella al feto; y esto no sucede sólo en el caso de la sífilis. Si una mujer embarazada padece del sarampión, su feto se resentirá también, y muy probablemente ocurre lo mismo con los otros exantemas.

Aquí puede ser conveniente preguntar si la trasmisión de la sífilis de este modo, desde la sangre de la madre á la de su hijo á través de la circulación placentaria, produce resultados diferentes de aquellos que siguen á la herencia por el esperma ó el germen. A esta pregunta se puede contestar por lo pronto con una negativa, siendo fácil oponer oportunamente el *onus probandi* á los que sostienen el aserto. Una vez asistí á cierta señora que estaba en el séptimo mes de su embarazo y padecía una sífilis primaria. Vi su chancro indurado y también la erupción, mientras que su esposo estaba atacado de la misma enfermedad. Cuando el niño nació parecía sano, pero pronto comenzó á sufrir, y al cabo de un mes pasaba por una grave enfermedad con todos los síntomas usuales. Se restableció con el tratamiento mercurial, pero después manifestáronse los dientes y la fisonomía característicos, y sufrió un fuerte ataque de keratitis con periostitis de la tibia é hidrartrosis de ambas articulaciones de las rodillas. Aquel niño estuvo sometido á mi observación durante catorce años, y no se manifestó nada que distinguiera sus síntomas de aquellos que vemos con frecuencia como resultado de la herencia del esperma ó del germen. Otros casos análogos pudiera citar, y todos justifican hasta el presente que los resultados de la infección intrauterina y la de la concepción pueden ser, y sin duda son, muy semejantes.

Debemos preguntar después si la herencia espermática difiere en sus resultados de la germinal, y si, cuando el niño recibe la infección de ambos padres, sufre más rigurosamente ó de un modo diverso que cuando se la comunica uno solo. Aquí entramos en una difícil investigación, y nuestro conocimiento sobre las leyes de la herencia no está suficientemente adelantado para permitirnos contestar categóricamente. Por otra parte, los hechos sobre la herencia de la sífilis no se han reunido y comparado tan cuidadosamente como convendría; pero tal vez las futuras investigaciones conseguirán establecer leyes más definidas, á fin de explicar la diversidad de los fenómenos clínicos que observamos. Además, es posible que se reconozca que hemos ido demasiado lejos en esta dirección, más de lo que lo permitían ó pueden permitirlo nuestros presentes y futuros conocimientos. Nos hallamos en los mismos umbrales de nuestra investigación, por el hecho de que aun no sabemos cuáles son los límites de la variedad posible en los fenómenos de la sífilis, independientemente de toda diferencia apreciable en las condiciones de su origen. Así, por ejemplo, siempre estamos en peligro de considerar que las desemejanzas que observamos en el curso y gravedad de la enfermedad se deben á particularidades en la manera de adquirirla, cuando en realidad eran del todo posibles mediante particularidades idénticas. Cuanto más estudiemos el asunto, más deberemos reconocer la importancia de investigar la materia. Debemos estar muy prevenidos en cuanto á otorgar nuestra confianza á los informes aislados, bien sean hijos de nuestra propia observación ó de la de otros médicos. Trátándose de la sífilis, hay tantas causas de error que, por clara que pueda parecernos la inducción, nunca es seguro confiar en la misma sin el apoyo de muchas observaciones independientes. Guiándome por esta regla, me fiaré más, en lo que voy á decir, en las conclusiones generales de la experiencia diaria que no en las indicaciones aparentes de casos individuales aislados.

Aunque todos admiten que un niño puede heredar la sífilis de su madre, sin duda hay algunos que dudan que la pueda recibir independientemente del padre. En este punto la

evidencia parece ser incontestable. La experiencia nos ha enseñado constantemente que el padre de un niño sífilítico ha padecido la enfermedad antes del casamiento, sin haberse observado jamás un síntoma en su esposa. No es de ningún modo probable que tan considerable número de mujeres casadas adquiriesen la sífilis en su forma primaria, y pasaran por los períodos secundarios sin saberlo nunca; y, sin embargo, esta es la suposición que debemos adoptar, por ser caso de cada día, si rechazamos la creencia de que un padre sífilítico puede engendrar una criatura que lo sea también independientemente de toda previa infección de su madre. Además tenemos otros muchos hechos en apoyo de lo dicho. En estos casos sucede con mucha frecuencia que la infección del padre es del todo latente, que durante largo tiempo ha parecido estar del todo bueno, y que no se ha visto en él señal ninguna de chancre en el pene, por el cual pudiera efectuarse el contagio primario. Por otra parte, no sólo ha escapado la enfermedad de toda observación de la madre, sino que ésta, después de practicado un detenido examen, parece estar del todo libre de los síntomas, y muchas veces se mantiene así durante toda su vida. Estos hechos son del todo incompatibles con la suposición de que ha padecido sífilis en sus períodos ordinarios como una afección adquirida. De diez casos nueve, obsérvese que esa enfermedad es cosa que la víctima no puede ignorar ni olvidar.

Dando por sentado que un niño puede recibir la sífilis de su padre solo, en el momento de la concepción, ó sólo de su madre, ó de ambos simultáneamente, ó que es posible la reciba también más tarde de la sangre de la madre durante la preñez; debemos preguntar si la enfermedad ofrece diferencias dentro estas diversas condiciones. Ya hemos dado, en parte, contestación á esto al decir que lo que se ha llamado *herencia de preñez* es tan grave como la *herencia de concepción*. Diday ha citado cierto número de hechos para probarlo así, y todas mis observaciones están conformes con semejante deducción. Tal vez podamos añadir que no hay razón para creer que la herencia de la madre (transmisión del germen) produzca más graves resultados que la transmisión por el esperma, ó que

el niño que hereda de ambos padres sufre más gravemente que si sólo recibiese de uno. Refiriéndonos á esta opinión, debe admitirse que hay ciertos hechos para los cuales no encontramos aún explicación, y que tal vez pueden conducir á ciertas modificaciones de esta regla. Los casos excepcionales á que yo aludo son aquellos en que los niños nacen con lesiones sífilíticas, ó vestigios de afección intrauterina. También debemos recordar la circunstancia, al parecer bien establecida, de que los dos sexos no sufren exactamente en la misma proporción, siendo mucho más comunes en niñas que en niños los ejemplos de iritis infantil, de keratitis en el período de la adolescencia, y de sordera sífilítica.

Habiendo dicho que los diversos modos de herencia vienen á ser lo mismo para el individuo, podemos preguntar si el período que la enfermedad alcanzó en un padre da lugar á alguna diferencia en cuanto á la que se manifiesta en el hijo. A esto se contestaría mejor diciendo que no hay ninguna prueba evidente de que sea así. Sin duda existen algunos hechos no explicados, pero se ha demostrado lo bastante que los niños que presentan precisamente fenómenos análogos pueden haber nacido en los más diversos períodos de la enfermedad de los padres. Diday y otros médicos han reunido pruebas palpables sobre este punto, y sin duda podremos hacer *tabula rasa* de cuanto se refiere á todas las teorías aventuradas hasta aquí para explicar los diferentes grados de gravedad que la sífilis heredada despliega. Estas diferencias no son probablemente mayores que las observadas en el caso de enfermedad adquirida. El chancro sífilítico, como es muy bien sabido, se presenta con muy diverso carácter de gravedad en los diferentes individuos; siendo inexplicables las razones de esto, como lo son las que se aplican á los fenómenos paralelos en el sarampión y la fiebre escarlatina. Convendrá, por lo tanto, prescindir de las antiguas hipótesis y comenzar la investigación por nuevos hechos.

Con las hipótesis que dejamos á un lado, será bueno incluir una observación que probablemente no pasa de un error. Se dice, en general, y admítase, que la herencia de la sífilis, cuando se continúa en toda una familia de niños, manifiesta una

tendencia á decaer y disminuir de intensidad en cada criatura sucesiva, hasta que al fin cesa; y yo me reconozco hasta cierto punto responsable de que se haya perpetuado esta opinión, que ahora considero errónea. También la apoya con insistencia el doctor Diday. Que el niño, ó los niños mayores (los que nacen más próximos á la adquisición de los padres), son los más expuestos á heredar la enfermedad, es un hecho indiscutible, como lo es el de que los más jóvenes escapan á menudo; y, admitiendo esto, no podemos aceptar de ningún modo, sin embargo, que la afección sea apta para producirse en forma mitigada en los niños más jóvenes. Sin duda nos aproximaremos más á la verdad al decir que la herencia de una infección sifilítica es, con frecuencia, irregular, y que á menudo sucede que de diversos niños, nacidos al parecer bajo condiciones semejantes, uno puede recibir el mal y el otro escapar; pero que si se trasmite, la enfermedad será siempre la misma: específica y única. Aunque podría desarrollarse, y se desarrolla, con muy diversos grados de intensidad, la criatura que la hereda, sin embargo, se halla expuesta á los mismos peligros, hallándose tan propensa como otra á sufrir sus más graves manifestaciones. Muchas pruebas podrían aducirse para demostrar que, cuando una sucesión de niños sufre, los más jóvenes pueden padecer tan calamitosamente como los mayores. También se podría demostrar fácilmente que, bajo tales circunstancias, la enfermedad puede desvanecerse en un niño y reaparecer, de nuevo, en otro más joven.

Todas las autoridades convienen en que, por regla general, los padres que llegan al período terciario, aunque sean todavía susceptibles de presentar síntomas, no los comunican. De vez en cuando, la transmisión, bajo semejantes circunstancias, se produce particularmente en el caso de la madre; pero la regla es la que acabamos de indicar. Podríamos expresarnos de otro modo, diciendo que aquellos que han dejado transcurrir largo tiempo (digamos dos ó tres años) no son, por regla general, capaces de transmitir. La evidencia en este punto, tratándose de los padres, es muy marcada: todos los días vemos algunos cuyos hijos no han manifestado nunca un síntoma, pero que están destinados (tal vez] mucho tiempo des-

pués de la lactancia) á sufrir por accidentes terciarios. Semejantes hechos se observan mucho menos á menudo en las mujeres; pero debemos recordar que la proporción de madres que han padecido prematuramente de la sífilis es mucho más reducida que la de los padres. Admitiendo esto, aun podemos creer confiadamente que un niño tiene mucha menos probabilidad de escapar, si la madre está enferma, que no cuando la enfermedad está limitada al padre. En este último caso, la trasmisión del enfermo es el único medio posible de comunicación; mientras que, tratándose de la madre, si el veneno no es conducido con el germen al tiempo de la concepción, quedan todavía nueve meses de peligro, durante los cuales puede pasar directamente desde la sangre.

Lo que acabamos de exponer conducirá á la hipótesis en que ya hemos insistido, y que es tal vez la mejor en nuestra tentativa para explicar los intrincados fenómenos de la sífilis hereditaria. Queremos decir que la trasmisión de la enfermedad, así en la herencia como en la adquisición, siempre se efectúa por el contagio de una persona á otra, no por una tendencia á la enfermedad, sino por un virus particular. Este último es probablemente tan específico é individual como es la simiente de la cebada ó del trébol. Si pasa al esperma ó al germen, entonces el feto podrá desarrollar del todo la afección; y si la casualidad quiere que ninguno de sus elementos se comunique así, el vástago, aunque nacido de un padre inficionado, queda libre. Durante los primeros períodos de la sífilis, este virus existe muy vigoroso en los humores del padre, y durante la trasmisión es casi seguro su efecto; pero disminuye en fuerza, ó probablemente en cantidad, á medida que pasa el tiempo (aquí está la mayor probabilidad de escapar los niños más jóvenes); hasta que, por último, desaparece del todo ó se extingue. Su desaparición, sin embargo, no coincide en modo alguno con el completo restablecimiento de la salud del paciente, que si bien no puede, por fortuna, transmitir su mal, es susceptible de padecer aún, como ya hemos dicho.

Antes de proceder á bosquejar los resultados para el niño que hereda la infección, es necesario advertir el curioso é inesperado hecho de que una mujer que lleve en sí un feto sifilíti-

co que hereda de su padre, si bien queda ella misma libre de los síntomas, adquiere en silencio un estado que la protege de la sífilis en lo sucesivo. Creo que no se puede dar ninguna otra interpretación de los hechos en que está basada la que conocemos con el nombre de *ley de Colles*. El niño nacido de tal madre, si es amamantado por una nodriza que ha sufrido recientemente sífilis, no causará en ella ninguna nueva dolencia; pero tratándose de una mujer exenta de la infección, hay mucho peligro de que resulte un chancro en el seno. Ahora bien: la madre del niño, al parecer exenta de la sífilis, está libre de un nuevo contagio por parte de su hijo, que tampoco corre peligro alguno. De este modo se halla en el caso de una persona que hubiera padecido la enfermedad adquirida. Nada sabemos en cuanto á la suerte que una madre tendría, protegida de este modo, respecto á los demás niños que pudiera dar á luz. Evidentemente es posible que en un segundo matrimonio diese á su padre un niño sano, aunque éste podría heredar de ella, por más que los hechos no lo hayan probado así aún. También es posible que si sigue dando á luz más niños del primer padre, la infección adquirida por el feto continúe inficionando las últimas concepciones y pueda prolongar así el riesgo á su familia á pesar de que el padre haya dejado de transmitir.

Evolución de la sífilis hereditaria.—El curso acostumbrado, cuando el feto hereda la sífilis, consiste en mantenerse aquél del todo sano durante su existencia intrauterina. Al nacer aparece invariablemente con la piel tersa, y parece gozar de perfecta salud; pero al cabo de tres semanas ó un mes manifiéstanse síntomas de coriza, y van seguidos de alguna erupción en la piel. Durante los meses segundo, tercero y cuarto, á menos de conseguirse la curación por el tratamiento, todos los síntomas llegarán á su apogeo, asemejándose mucho á los observados en la enfermedad adquirida. El tipo de la erupción puede variar también, siendo susceptible de presentarse bajo la forma papular, escamosa, pustulosa ó flictenosa. A menudo se observa el polimorfismo y los más de los diversos fenómenos que se manifiestan en el primer período de la sífilis constitucional, como caída del cabello, iritis, con-

dilomas y dolores reumatóideos. Todos estos síntomas secundarios son simétricos en su disposición y transitorios en su duración, lo mismo que en la enfermedad adquirida. Si el niño sobrevive, bien se le trate ó no, es probable que al cabo de un año hayan desaparecido todos los síntomas. La influencia del mercurio como específico se revela de igual modo que en la enfermedad adquirida: todos los síntomas se desvanecen cuando se usa; y debe advertirse que estos síntomas se distinguen por ciertas particularidades debidas, sin duda, á la tierna edad del paciente y al incompleto desarrollo de sus tejidos. Así, pues, la salud general se resiente mucho más que en la forma adquirida, y no es consecuencia rara la muerte, casi desconocida en este último caso. La periostitis de carácter definido se presenta acompañada de dolores reumatóideos, y, con relación á las epifisis de los huesos largos, puede resultar un absceso; mientras que, tratándose de los del cráneo, á veces resulta adelgazamiento simultáneo en algunas partes y depósito de hueso nuevo en otras.

A consecuencia de la gordura de los niños, las erupciones son susceptibles de tomar la forma de intertrigo; y á causa de la irritación de las partes afectas, sobre todo por la orina y las cámaras, todas las erupciones sifilíticas son muy susceptibles de atacar gravemente dichas partes, es decir las nalgas y las ingles. El reconocimiento diagnóstico de la sífilis secundaria en los niños, suele ser fácil; pero en cierta proporción de casos es posible que exija el mayor cuidado y mucha habilidad en las observaciones. El carácter de la erupción, su color (semejante al de la parte magra del jamón), el lugar que ocupa, su simetría y disposición, y su aspecto en general, constituyen tal conjunto que con frecuencia no es posible engañarse. Sin embargo, se han de tener muy en cuenta las variaciones en su intensidad, pues á menudo el eczema común y otras erupciones infantiles simulan muy bien la sífilis. Está demostrado que un niño puede pasar por todo el período secundario de la sífilis hereditaria sin presentar síntomas que llamen la atención de su nodriza. Semejantes casos son comunes, y tienen su paralelo exacto en la sífilis adquirida. Aquellos que no han presentado síntomas en la infancia, podrán resentirse de ellos más

adelante; debiendo entenderse, sin embargo, que cuando esto sucede á los adolescentes, tienen una clase de síntomas en un todo distintos de los de la infancia. Y no es que el período secundario se haya retrasado, sino que se ha pasado por él simplemente, sin perturbación ostensible. Si han de manifestarse los síntomas secundarios de la especie descrita, se presentarán en la infancia, y en la mayoría de casos dentro de los tres primeros meses de la existencia: este es un hecho muy importante. Muchos niños sifilíticos sucumben durante la erupción del período secundario; y si no fuera por la influencia específica del mercurio, probablemente perecerían muchos más.

Si un niño sifilítico sobrevive á la primera erupción, en un período que varía de seis meses á un año, los síntomas comunes á este período desaparecerán completamente, siguiéndose otro de algunos años, durante los cuales no se manifestarán síntomas activos. Después de ese tiempo de reposo, en muchos casos se manifestará una serie de accidentes muy peculiares, entre los que citaremos especialmente las inflamaciones de ciertas partes de los órganos de los sentidos, los ojos y los oídos. La afección de estos últimos va acompañada de zumbidos, etc.; pero, generalmente, no de otorrea ni de dolor: afecta á ambos oídos, y puede ocasionar casi sordera completa al cabo de dos meses. Muchos casos se corrigen en el primer período; pero si aquélla es completa, parece incurable. Esta afección se manifiesta raras veces antes de la pubertad, y puede retrasarse hasta el vigésimo año. Hacia el mismo período de la vida, pero en límites más extensos aún, puesto que puede ocurrir mucho antes ó después, hay una notable propensión á que se inflame particularmente la córnea. La keratitis intersticial en su forma típica, es siempre consecuencia de la sífilis, y puede considerarse en sí como suficiente para el diagnóstico; pero se ha de proceder con mucho cuidado. Por lo regular comienza enturbiándose la sustancia de la córnea, á lo cual acompaña congestión ciliar é irritabilidad; las opacidades aumentan y se unen, comenzando la afección en un ojo; pero al cabo de algunas semanas ataca al otro también. La afección siempre es simétrica, aunque en raros

casos puede llegar á varios años el intervalo entre los ataques de ambos ojos. Cuando alcanza su apogeo, la keratitis intersticial podrá anular casi del todo la visión; pero uno de los más notables caracteres de su historia clínica es su invariable tendencia al restablecimiento; de tal modo, que la córnea se aclara al fin completamente.

Al mismo tiempo que la keratitis, el paciente sufre á menudo de sinovitis crónica de una ó más de las grandes articulaciones. Las rodillas son las que se afectan más á menudo, y puede haber abundante derrame que dure algunas semanas, aunque á menudo sin mucho dolor. Por lo regular desaparece y la articulación se restablece del todo. Estas afecciones pueden reproducirse antes ó después de la keratitis, y á veces en algunos que nunca han padecido de esta última.

En este período no son raras las afecciones periósticas de los huesos largos, y á veces muy graves. Pueden presentarse en cualquier parte del esqueleto, y con frecuencia forman grandes y numerosas nudosidades, que cuando están cerca de la articulación alteran mucho los movimientos; mientras que si se hallan en la diafisis, pueden dar lugar á corvaduras, lo cual se consideró en otro tiempo como manifestación del raquitismo. Las exostosis, lo mismo que el espesamiento de los huesos, son un resultado casi constante de esta forma de periostitis, que á menudo persiste durante años. Si esta hiperplasia afecta solamente una tibia, es susceptible de ocasionar un aumento de longitud, de una pulgada ó pulgada y media, en relación con la otra, constituyendo con la curvatura una forma de enfermedad conocida con el nombre de *osteítis deformante*. Algunas veces, casi todos los huesos largos del cuerpo se ven afectados simultáneamente por esas exostosis; pero, en este período de la enfermedad, raro es que el cráneo padezca. En algunos casos la periostitis va acompañada de supuración, formándose una superficie áspera en el hueso, muy espesada. Producida esta alteración, por lo regular se podría hacer el diagnóstico en vista de otras formas de periostitis supurativa con necrosis, por la circunstancia de que ningún otro hueso lesionado está encerrado dentro de ninguna nueva capa ósea, la cual se separa con suma lentitud, permaneciendo

á menudo visible y firmemente fija un año ó más. El periostio y el tejido celular que lo cubren quedan con frecuencia destruidos.

En el período de la afección de que hablamos, nada es menos común que una enfermedad especial de la piel. La única excepción que puede ofrecerse es una forma de lupus muy rápidamente destructora. No hay erupciones escamosas ó papulosas, ni nada que se asemeje á las ulceraciones del lupus común ó serpiginosas, tan frecuentes en la sífilis adquirida; ó, cuando menos, obsérvanse muy raras excepciones. Tampoco hay formas de enfermedad de las superficies mucosas ó de la lengua ó del paladar. Podemos decir también que las afecciones de las vísceras son muy excepcionales, al igual que las alteraciones del sistema nervioso. Recuérdanse algunos casos de oftalmoplegia y varios de epilepsia, relacionados, al parecer, con la infección heredada; y asimismo varios en que la sustancia gris de los hemisferios pareció resentirse, produciéndose un estado muy próximo al idiotismo; pero los más de los observadores convienen en que esto es muy raro.

Después de haber pasado los efectos de semejante infección con el ataque de keratitis, es posible que se recobre la salud y que el individuo continúe el resto de su vida libre de síntomas. No es probable que otras enfermedades de las que acortan la existencia se hayan asociado con la diatesis, y sobre todo podemos asegurar que no hay especial propensión á alteraciones de índole escrofulosa ó tuberculosa. De año en año, la fisonomía y otros caracteres de la diatesis se hacen menos perceptibles, y á una edad avanzada es difícil reconocerlos.

No hay ninguna prueba evidente en apoyo de la suposición de que los individuos con infección heredada pueden transmitirlo á sus hijos: los más de los hechos recordados fueron publicados por mí. Es del todo seguro que aquellos que han sufrido rigurosamente por herencia pueden llegar á ser padres de hijos que parecen sanos por todos conceptos; y tampoco hay evidencia ni probabilidad sobre la conjetura de que la sífilis sea causa, en la tercera ó cuarta generación, de enfermedades crónicas de la piel ni de ninguna forma de escrófulas.

Sífilis intrauterina: excepciones de la regla.—Siendo tal el curso y resultados finales de la sífilis hereditaria, faltanos hacer mención de ciertos hechos más ó menos excepcionales después de lo que se ha dicho. Aunque es verdad que en la mayor parte de casos la enfermedad no parece afectar al niño hasta algún tiempo después de haber comenzado su vida independiente, hay, sin embargo, numerosos ejemplos en que se produce la muerte intrauterina. Así, por ejemplo, los abortos en diversos períodos de la preñez son comunes en las madres sifilíticas, aunque es posible que la influencia de la sífilis en este sentido se haya exagerado, así como también que la causa de lo que sucede con el feto se deba, en tales casos, más bien á la enfermedad de la madre, y tal vez de la placenta, que no al virus sifilítico en los humores del mismo feto. Si no sucede así, es sumamente difícil explicar por qué la mayoría de los niños sifilíticos nacen rollizos y bien nutridos y permanecen de esta manera durante un mes ó más sin manifestar síntomas, mientras que otros, por el contrario, sucumben tal vez en uno de los primeros períodos de la vida intrauterina. Se han recordado suficientes pruebas patológicas para que debamos admitir que el feto puede padecer de sífilis y presentar lesiones de las vísceras, de los huesos ó de la piel, que conclusivamente lo revelan, aunque tales lesiones son raras. Es un hecho digno de tenerse en cuenta que, si la sífilis afecta al feto, ocasiona su muerte casi invariablemente, pues nada es menos común que un niño nazca vivo con las señales de la infección. Casi siempre transcurren tres semanas ó un mes antes de que la erupción se presente; pero tenemos una excepción muy dudosa en el caso de lo que se conoce con el nombre de *pémfigo infantil*. En esta circunstancia, la erupción puede manifestarse en un niño al parecer sano, al cabo de un día ó dos del nacimiento, pudiendo resultar la muerte al cabo de una semana. Estos casos necesitan más detenidas investigaciones, y en el estado actual de nuestros conocimientos nos es de todo punto imposible explicarlos.

Diagnóstico.—Será conveniente tratar del diagnóstico en diferentes párrafos, según la edad que alcance el niño infectado.

A.—En el feto y en la época del nacimiento.—Se

considera, á menudo demasiado ligeramente, que si un feto muerto presenta una piel fácil de levantar, y está como enco-gido, es probablemente víctima de la sífilis. Semejantes parti-cularidades son comunes cuando la muerte ha ocurrido largo tiempo antes de la expulsión; y añadamos, según se ha indicado ya, que la creencia de que los abortos ó partos prematuros im-plican sífilis ha merecido más crédito del que realmente se le puede dar en vista de los hechos. Los abortos son comunes por otras muchas causas, y es seguro que muchas madres aquejadas de sífilis grave conducen sus hijos fácilmente á término, librán-dolos en condición viable. El reconocimiento de la enfer-medad de un feto muerto, y tal vez en estado de descomposi-ción, es cosa sumamente difícil é incierta; y en cuanto á la existencia de señales de sífilis en los niños vivos que nacen á su debido tiempo, se debe oír el parecer de los más experimen-tados médicos. No teniendo en cuenta la importancia de este punto especial, cuando se ve un niño sifilítico se considera que ha nacido con los síntomas de tal; pero los que se consagran á la obstetricia demostrarían probablemente lo contrario. Así, por ejemplo, mientras que Diday, que había tenido numerosas ocasiones de hacer especiales observaciones, no había visto nunca señales de sífilis presentes en el nacimiento, sir Astley Cooper asegura haber conocido varias criaturas que nacieron con erupciones de color cobrizo en las palmas de las manos y en el dorso. En cuanto á mí, jamás he visto ningún niño que naciera con una erupción sifilítica, ni tampoco señales que indicasen claramente la existencia de la erupción en el nacimiento. A despecho, sin embargo, de algún escepticismo, debe aceptarse el hecho de que algunas veces se ven semejan-tes engendros. Rodelet, Doublet, Gilbert, Guerard y Land-man, hacen mención de casos en que los niños nacieron con erupciones características. La sífilis visceral, como del hígado, del bazo, de la glándula, etc., se ha reconocido también bajo condiciones que implicaban que el veneno había trabajado ac-tivamente en el organismo fetal durante la vida intrauterina.

B.—Diagnóstico durante la primera infancia.—En muchos casos, el reconocimiento de la sífilis hereditaria á la edad de seis semanas ó dos meses, es sumamente fácil: la na-

riz obstruída y dilatada, el gangueo, la palidez, y las placas de eritema en el rostro, cuello y nalgas, constituyen un conjunto que apenas permite error, y que á menudo se acentúa más por síntomas tales como las úlceras en las comisuras de los labios y en el ano, un olor peculiar, y pastosidad perióstica de varios huesos. En muchos casos, no obstante, pueden faltar uno ó varios de estos síntomas, pudiendo suceder también que no se manifieste ninguno; de modo que á veces debe admitirse que el diagnóstico puede llegar á ser muy difícil si no imposible. En tales ocasiones importa averiguar la historia del padre para obrar en consecuencia; y si ocurren dudas, se debe analizar con mucho cuidado cada uno de los síntomas. Los niños que no son sifilíticos tienen con frecuencia una especie de coriza y eczema comunes, con el mismo carácter que el específico. En el ano pueden presentarse ulceraciones, asociándose con diarrea, lo cual podría equivocarse con los condilomas. Rara vez es seguro fiarse de un solo síntoma, á menos de estar muy caracterizado. El condiloma típico es concluyente, y también hay ciertos tipos de erupción de la piel y algunas formas de lesiones del hueso.

Para mejor conocimiento de las condiciones de la periostitis que denota sífilis en el niño, podemos disponer de muy recientes observaciones. En 1856, cuando M. Diday escribió su obra sobre esta enfermedad, dijo que las memorias médicas apenas contenían ejemplos de esta lesión ósea relacionada con la infección por herencia. Cuando yo escribí mi libro en 1863, había reconocido ya bien la frecuencia con que se manifiestan las exostosis en los niños, y también la periostitis algunas veces; mas estaba reservado al doctor Taylor de Nueva York, al doctor Wegner de Berlín y al profesor Parrot de París, demostrar que las lesiones del hueso son, en realidad, muy frecuentes en los primeros períodos. No se había hecho aprecio antes porque generalmente eran como los otros fenómenos de este período, es decir, transitorios, y porque rara vez terminaban por supuración. El cuidadoso estudio efectuado en este país por los doctores Barlow y Lees sobre los hechos expuestos por Parrot, ha confirmado la exactitud de éstos en su mayoría, sirviendo á la vez para co-

rregir ciertos errores de inducción. La principal dificultad consiste en la semejanza que algunas lesiones óseas sifilíticas ofrecen con las del raquitismo. Por regla general, sin embargo, las de la sífilis se presentan á más temprana edad, con síntomas más marcados de inflamación, y sin ir acompañadas de los otros fenómenos del raquitismo, como sudores profusos de la cabeza y nudosidades en los cartílagos costales. La sífilis congénita y el raquitismo coexisten muy á menudo; pero no hay razón para creer que la una sea, en cierto sentido, causa del otro. Para el objeto del diagnóstico de la sífilis podrá ser suficiente consignar que en los niños que padecen de ella es muy común hallar ciertas áreas en el cráneo, reblandecidas y ligeramente tumefactas, y que las regiones de los epífisis de los huesos largos padecen á menudo de semejante manera. Estas lesiones son, con frecuencia, múltiples, y por su causa pueden ser tan dolorosos los movimientos de los miembros que haya motivo para sospechar una parálisis. Si se practica un cuidadoso examen, siempre se reconocerá una tumefacción pastosa del periostio cerca de la unión de las epífisis, y algunas veces en las diáfisis. Estas tumefacciones á menudo alcanzan considerable grosor, apareciendo más inflamadas que las del raquitismo. La supuración no es común, pero se presenta algunas veces. Si esta forma de periostitis múltiple se manifiesta á los seis meses de nacimiento, se deberá casi seguramente á la sífilis.

El estado de la nutrición no es segura guía en los casos de diagnóstico dudoso, pero en los muy marcados es á menudo característica: el niño está demacrado y encogido, y sus facciones se asemejan á las de un anciano; aunque no es cosa rara, como ya hemos dicho, que las criaturas se mantengan rollizas y con aspecto sano.

En los casos de duda se deben examinar las palmas de las manos y las plantas de los pies, que á menudo aparecen con placas denudadas. También se han de mirar las uñas, que pueden deformarse como si se las hubiera pellizcado lateralmente.

C.—Sobre el diagnóstico en los períodos de la vida subsiguientes á la infancia.—Después de haber pasado los fenómenos infantiles (vulgarmente hablando, después de ter-

minar el primer año), el reconocimiento de la sífilis hereditaria en los individuos dependerá: 1.º, de ciertas particularidades de textura que subsisten como resultado de las lesiones secundarias; y 2.º, de la presencia de nuevas inflamaciones locales, características de la enfermedad. En cuanto á estas últimas, podemos asegurar que si un niño ó individuo joven, sin padecer de otalgias ú otorreas, queda de pronto completamente sordo, el paciente será casi seguramente sífilítico; y de igual manera se hace casi cierto el mismo diagnóstico si el paciente presentase keratitis intersticial bien caracterizada y simétrica, ó lupus corrosivo, ó ulceración del paladar. Respecto á esas lesiones, las excepciones, en cuanto al hecho de que sean debidas á infección heredada, son realmente muy pocas. Tal es el hecho clínico respecto á las nudosidades crónicas múltiples de los huesos largos y á la coroiditis exudativa.

Si durante la infancia, como puede suceder muy bien, el niño no ha sufrido inflamaciones sífilíticas de ningún tejido, creo que será probable que nada denote en su fisonomía la existencia del mal. Tal es, sin duda, la condición de un gran número de aquellos que no han heredado todavía una infección del todo suficiente para dar lugar á más remotos accidentes. No pocas veces se hallará la prueba de este aserto en casos en que un niño presenta señales que faltan del todo en otros; mientras que todos padecen igualmente más tarde. Sin embargo, si un niño inficionado pasó en la infancia á través de las enfermedades tan frecuentes en ese período, es muy probable que la fisonomía haya recibido un sello que rara vez se borra en toda la vida. El cráneo puede tener una forma particular; es posible que la textura de la piel se modifique, que en la boca queden cicatrices, así como en otras partes del rostro, y en particular que los dientes se deformen, lo cual es más permanente.

Tal vez se manifieste sólo una ó más de estas alteraciones, ó todo el grupo completo. Si no ha habido dermitis infantil de la cara, no habrá cicatrices ú otra alteración de su piel; y si no se presentó periostitis del cráneo, ni protuberancia frontal, ni estomatitis, no resultará deformación de los dientes. La fisonomía de la sífilis en el período infantil había sido

conocida largo tiempo hace; pero me parece que he sido el primero en describir la del último período de la afección, distinguiéndola de la llamada *escrófula*. No creo que se haya añadido mucho á mi primitiva descripción; pero en cuanto se refiere á explicar algunos de los fenómenos, se ha hecho mucha luz. Yo me inclinaba á atribuir la forma particular de los huesos del cráneo á una tendencia pasajera á la hidrocefalia; y las útiles y extensas investigaciones de M. Parrot han confirmado que se deben principalmente á la periostitis y al reblandecimiento de los mismos huesos. Del mismo modo, las investigaciones de los Sres. Moon, Coleman, Tomes y Cartwright, nos han ayudado á ver como se producen las deformaciones dentarias particulares; pero mi descripción queda en resumen sin ninguna adición material. Diré algunas palabras respecto al carácter de la fisonomía; pero debo observar, antes, que el rostro de un adolescente que ha padecido sífilis en la infancia, se puede reconocer á menudo con una sola mirada.

No es necesario hacer un análisis de los detalles: la frente cuadrada, con protuberancias muy prominentes, semejantes á un principio de cuernos; la nariz hundida, la piel blanda, pálida, de color terroso; y las cicatrices en las comisuras de los labios, son señales bastantes para que el individuo no tenga necesidad de enseñar los dientes. En no pocos de aquellos que se someten á la observación después de un ataque de keratitis, se han reconocido ciertas particularidades muy marcadas en los ojos. El iris toma un color gris de acero; y aunque la córnea se haya restablecido casi del todo, no tiene la brillantez que cuando la salud es completa. También se nota á menudo una ligera tendencia á fruncir el ceño á causa de la prolongada intolerancia de la luz, y así es como la fisonomía llega á ser mucho más marcada después del ataque de keratitis que no antes.

La forma del cráneo.—Por lo regular hay una prominencia exagerada de las protuberancias frontales, y entre ellas y las cejas una depresión ó surco: posteriormente, en los huesos parietales, hay eminencias análogas, pero más extensas y bajas, y que constituyen el cráneo *natiforme* de Parrot. En su conjunto el cráneo es algo más grande que el normal. Todas estas particularidades se deben principalmente á la

periostitis infantil crónica con reblandecimiento; pero también contribuye, sin duda, una tendencia á la hidrocefalia. Todas ellas tienden á disminuir á medida que el individuo avanza en edad. Con estas particularidades del cráneo se puede observar también el aplanamiento muy común del puente de la nariz, consecuencia de la periostitis interna y externa de los huesos piramidales.

La piel.—El tegumento de toda la cara presenta generalmente una palidez de color terroso. Es suave, blando, y á menudo presenta pequeñas cicatrices en diversas partes, sobre todo alrededor de la boca y en sus comisuras.

Los dientes.—Las deformaciones de los dientes debidas á la sífilis, se asocian muy á menudo con las que provienen de la estomatitis ocasionada por el tratamiento mercurial. Aquí surgen grandes dificultades para el exacto reconocimiento; y cuanto más de cerca examinemos los caracteres que presentan los incisivos centrales superiores, menos nos exponremos á un error. Todos los demás dientes pueden inducirnos á él: si los incisivos centrales superiores son demasiado cortos y estrechos, y presentan una sola hendidura en su borde libre, el diagnóstico de la sífilis será casi cierto; si la hendidura existe y el tamaño del diente no aparece disminuído, también se podrá hacer el diagnóstico con confianza. Nuestra ilustración de la lámina VI servirá mejor que nuestra explicación para comprender lo que decimos. Por lo regular las alteraciones son simétricas, pero de vez en cuando se inclinan más á un lado que á otro. No deja de ser notable que los incisivos laterales rara vez presentan ninguna particularidad, y que en ciertos casos no alcanzan su dimensión normal. Las particularidades de otros dientes (en los incisivos inferiores, los caninos y los molares) son de una especie, en cuanto yo sé, imposible de distinguir de las que se deben á la estomatitis; y al decir esto no se ha de implicar mi creencia de que solamente los incisivos centrales superiores son los que padecen en la sífilis heredada. Muy por el contrario: los inferiores no dejan de presentar algunas veces el tamaño reducido y el carácter foliáceo, debido en mi concepto á la enfermedad y no al mercurio; pero estas alteraciones no son de fiar cuando

faltan particularidades en los incisivos centrales superiores; mientras que, si estas últimas están presentes, son superfluas.

Las alteraciones que provienen de la estomatitis (generalmente mercurial) son defectos en el desarrollo del esmalte, y aparecen como surcos trasversales que cruzan los incisivos, pero particularmente en la corona de los primeros molares. Sin duda se deben á la inflamación de la pulpa de los dientes en algún período de la infancia, y difieren completamente de las detenciones en el desarrollo ocasionadas por la sífilis. Sin embargo, por razones obvias, con frecuencia coexisten ambas. Así las anormalidades sifilíticas como las mercuriales, prodúcense en los dientes sólo en la segunda dentición, puesto que se deben á influencias que obran sobre los folículos dentarios á un tiempo, cuando las coronas de los dientes temporales se calcifican. Los defectos de la primera dentición se han de atribuir, en su mayor parte, á influencias que existen durante la vida intrauterina; y así es muy posible que la propensión á la caída prematura, observada á menudo en los primeros dientes de los niños sifilíticos, se deba al mercurio propinado á la madre durante su preñez.

Tratamiento de la sífilis infantil.—Las unciones mercuriales son con mucho el medio más fácil y eficaz. Si el medicamento se da por la boca, es muy propenso á ocasionar efectos drásticos, y además el método es incómodo, pudiendo haber á menudo inseguridad en si el niño toma la dosis completa. Las unciones ofrecen muy pocos inconvenientes, y casi siempre producen su efecto. Se pueden friccionar con sesenta centigramos de ungüento fuerte mercurial las palmas de las manos y las plantas de los pies, todas las mañanas y por la noche, variándose la cantidad según el efecto producido. Es posible que se presenten circunstancias por las cuales el médico deseará tal vez eludir este método á fin de evitar sospechas; y en tal caso se puede apelar al uso interno del bicloruro ó del polvo gris, á pequeñas dosis, pero bastante repetidas. Es maravillosa la rapidez con que desaparecen todos los síntomas con una ligera unción. Yo no acostumbro á proseguir el tratamiento mucho tiempo cuando aquéllos dejan de persistir. Los síntomas secundarios de la forma hereditaria

distan mucho de ser tan propensos á la reproducción como los de la enfermedad adquirida, y es muy dudoso que el uso prolongado del mercurio contribuya por mucho á evitar los del último grupo. Por otra parte creo indudable que el mercurio empleado en la infancia lleva gran peligro para el desarrollo de los dientes permanentes del niño; y por esta razón lo uso lo menos posible, cuidando de no prolongar el tratamiento más de lo necesario. Hé aquí por qué á menudo me he servido del ioduro de potasio, aunque este medicamento deprime, con no poca frecuencia, á los niños, constituyendo á veces un verdadero peligro, sin contar que á menudo es ineficaz por lo que hace á la sífilis; mientras que el mercurio, por el contrario, casi siempre mejora la salud en general.

Si hay síntomas locales, como condilomas y erupciones ulceradas de la piel, éstas se deben tratar con el ungüento mercurial ó los polvos (*el polvo gris*), ó bien con la aplicación de algún caústico, como el nitrato ácido de mercurio.

Pronóstico de la sífilis infantil.—En la práctica de los hospitales y entre los pobres, la mortalidad de niños á causa de la sífilis es considerable, lo cual se puede explicar más bien por las desventajosas condiciones respecto á la alimentación y al tratamiento á que se somete á las criaturas que por la gravedad de la enfermedad en sí. En las clases acomodadas, según creo, rara vez es la enfermedad fatal. Conozco muchas familias en que padeció toda una sucesión de niños; y no solamente sobrevivieron, sin que uno solo sucumbiera, sino que alcanzaron una salud al parecer muy buena. Si viene la muerte, por lo regular ocurre poco después del nacimiento y antes de que la medicación haya podido ejercer su influencia. Si se manifiesta el raro accidente conocido con el nombre de *pémfigo infantil*, generalmente es en la primera semana, y casi siempre resulta la muerte. Excepto á lo que se refiere á esta afección, no recuerdo que durante mi práctica privada de los últimos años haya sucumbido más de un niño sífilítico. En ese caso único, la muerte fué ocasionada por hemorragia interna de la nariz, debida probablemente á la ulceración fagedénica.

Una vez desaparecida, en virtud del tratamiento, la erupción infantil que se debe á la sífilis hereditaria, rara vez ma-

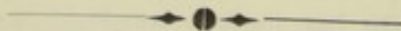
nifiesta tendencias á reproducirse, según mis observaciones. Las recidivas, tan frecuentes en los adultos que adquirieron el mal, no tienen que ver con los niños, ni tampoco encontramos en ellos las molestas afecciones de las membranas mucosas, las úlceras de la garganta, las de la lengua, etc., que tan á menudo se presentan en los otros. Hay casos excepcionales; mas, por regla general, el niño que ha sufrido rigurosamente durante los primeros seis meses de su vida, queda del todo curado antes de un año, y durante cinco ó diez está completamente libre de síntomas. Al cabo de un período que varía de cuatro á treinta años, encontramos propensión á las afecciones de los ojos y de los oídos, á la periostitis crónica, á los gomias viscerales y á las formas de lupus fagedénico. Curado todo esto, el paciente suele conservarse ya el resto de su vida sin otras señales de infección; pero puede quedar del todo sordo, ó con los ojos deteriorados por la keratitis, la coroiditis ó la neuritis óptica. En una escasa minoría de casos pueden seguirse las afecciones oscuras del sistema nervioso, tales como la oftalmoplegia externa, la epilepsia ó el idiotismo parcial; pero esto es muy raro. Según mis observaciones, si se exceptúan ciertas formas de lupus, ninguna de las enfermedades de la piel manifestadas después del período infantil podrían atribuirse á la sífilis hereditaria. Es un hecho muy notable que la periostitis, la keratitis y otros estados tan frecuentes en la adolescencia, como sucede con los síntomas infantiles, se desvanecen del todo y rara vez se reproducen; mientras que las afecciones remotas, tan á menudo fatales en la enfermedad adquirida, se desconocen casi en la que es hereditaria.

¿Se puede trasmitir la sífilis más allá de la primera generación?—He observado cierto número de casos, no muy considerable, en que aquellos que habían padecido gravemente sífilis hereditaria se casaron y fueron padres; repetidas veces he visto también niños sanos muy bien desarrollados producidos en tales circunstancias; y, con una sola excepción, jamás supe de ningún niño que, nacido bajo tales condiciones, presentara señal ninguna sospechosa. En un caso tratábase de cierta niña muy hermosa (crecida ya) y que en su infan-

cia estuvo completamente libre de síntomas. Era hija de una enana completamente sorda, casi ciega y cuyas facciones estaban muy deformadas á causa de haber heredado la sífilis. En algunos de los casos á que me refiero, el padre era el que había recibido el mal, y en otros la madre; y no he conocido ningún ejemplo en que los dos consortes hubieran padecido, así como tampoco recuerdo que otros autores hayan citado casos. Claro es inferir, de lo dicho, que la sífilis heredada no puede pasar á la tercera generación; pero debo citar una excepción. Cierta día se me presentó una joven casada que padecía una keratitis, y evidentemente había heredado el mal; preguntéle si tenía hijos, y me contestó que estaba criando el primero. Presentómelo después para que lo viera, y resultó estar cubierto de una erupción sífilítica. El padre confesó que había padecido sífilis uno ó dos años antes de contraer matrimonio; y yo me incliné á creer que esto, y no la infección de la madre, fué la causa de la enfermedad en el hijo. En vista de lo dicho, si sostenemos que no hay prueba alguna ni probabilidad razonable de que la sífilis pueda llegar hasta la tercera generación, ¿cómo creer que se trasmite más allá? En cuanto á mí, ni aun puedo suponerlo. La indicación de que ciertas enfermedades, como la escrófula, el lupus común y otras enfermedades crónicas de la piel, tienen su origen en la sífilis hereditaria, carece en mi concepto de probabilidad. Ahora podemos identificar fácilmente en la vida del adulto las causas de la infección heredada, y nuestra experiencia respecto á ellas se ha extendido mucho. Todos los años se presentan á la observación centenares de casos de keratitis intersticial y deformación de los dientes, y sabemos con seguridad que no se manifiestan tendencias excepcionales á la escrófula ó al lupus. Además de esto, no ignoramos que cada individuo así reconocido representa generalmente una familia de varios hermanos y hermanas, y que en ninguno de éstos parece haber propensión á producirse las citadas enfermedades de la piel. Tomando el argumento por otro lado, también sabemos que en todos aquellos en quienes se presentan el lupus típico y la escrófula, las más de las veces resultan antecedentes negativos muy marcados por lo que hace á la sífilis heredada. Hay

ciertas formas de lupus que, desde el principio al fin, son sífilíticas, y muchas enfermedades que los no iniciados atribuyen á la escrófula cuando son realmente debidas á la sífilis hereditaria. En estos casos, no obstante, se trata simplemente de una cuestión de diagnóstico correcto, y tales enfermedades son, en realidad, del todo distintas de las afecciones más comunes á que se asemejan.

Ley de Colles.—Debemos decir aquí dos palabras sobre una notable observación que el doctor Colles, de Dublin, fué el primero en hacer. Notó que, mientras las nodrizas contraen á menudo chancros en el pezón cuando dan de mamar á los niños sífilíticos, este accidente no ocurre nunca á sus madres; y creo que desde el tiempo de Colles no se han dado excepciones de esta regla, ó por lo menos ninguna que sea digna de confianza: todos han visto chancros en los pezones de las amas de cría, y nunca en los de las madres. Cuando se recuerda el considerable número de éstas que se exponen al peligro, número infinitamente mayor que el de las nodrizas, reconócese la fuerza de semejante hecho; y en su consecuencia podemos considerar en alto grado posible que la madre de un niño sífilítico está preservada *ipso facto* del contagio de la sífilis por lo que se refiere á su propio hijo. Tampoco es nada probable que, no siendo susceptible de contagiarse por los labios de su propia criatura, se conserve propensa á sufrir por otra cualquiera causa. Parece más verosímil que las mujeres que dan á luz niños inficionados por el esperma durante la preñez, sufren la sífilis en una forma tan preservativa como otra cualquiera. No obstante, según indiqué ya en los párrafos anteriores, es excepcional que tales madres padezcan de sífilis ostensible. Se debe suponer que la infección se conserva latente; y numerosos hechos parecen indicar que, si bien impotente, por lo regular, para producir los fenómenos secundarios, es posible que en períodos más ó menos remotos ocasione los de la especie terciaria. Nuestras opiniones sobre estos puntos distan mucho de estar satisfactoriamente sentadas aún.



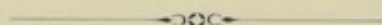
PARTE SEGUNDA

COMENTARIOS CLÍNICOS Y CASOS ILUSTRATIVOS

NOTA PRELIMINAR

En las anteriores páginas he tratado de hacer un bosquejo general de la sífilis en sus diversos períodos y diferentes formas, absteniéndome casi de citar casos y evitando la discusión de ciertos puntos y hechos particulares. Ahora me propongo recorrer el mismo terreno otra vez, pero de distinta manera: el punto de partida será aquí el del observador clínico y del práctico; y con la cita de casos, y á veces de datos estadísticos, procuraré ilustrar algunos de los asertos anunciados en cuanto á las leyes bajo las cuales se desarrollan las diversas afecciones debidas á la sífilis. De este modo espero llenar muchos blancos que han quedado en la anterior concisa reseña, haciendo resaltar los más importantes hechos en cuanto se refieren al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico. Al proceder así, sería inconveniente sujetarse mucho á un plan sistemático. Un gran número de los casos que daré á co-

nocer se relacionarán con cuestiones referentes, no solamente á los diversos períodos del mal, sino también á sus formas adquirida y hereditaria. En su consecuencia, agruparé mis hechos tanto como me sea permitido, y espero remediar los defectos en que incurra dando un índice completo al fin de la obra.



CAPITULO I

Comentarios sobre puntos referentes al contagio primario

COMENTARIO I

*Sobre la rareza de los casos de contagio sifilítico relativamente
á la frecuencia con que se corre peligro de contraerla*

Puedo utilizar algunos de los casos que diré luego para llamar la atención sobre los muchos hechos que indican que el contagio de la sífilis es materia muy incierta. En un caso, cierto experimentador, usando una materia que siempre debía ser igualmente eficiente, dejó de obtener resultado tres veces, y sólo lo alcanzó á la cuarta. ¡Con cuánta frecuencia expone el cirujano su dedo en la práctica de su profesión, y qué raros son, comparativamente, los casos de contagio! ¡Y qué raro es ver chancros en los labios por efecto de los besos, aunque el riesgo sea tan evidente! ¡Qué á menudo corren los médicos el peligro, al examinar diariamente chancros primitivos, de infectarse al menor rasguño en la mano, y qué raro es que padezcan por tal concepto! No menos numerosos son los riesgos de las nodrizas y otras mujeres que tienen que ver con los niños sifilíticos; y, sin embargo, rara vez experimentan

malos resultados. Por último, tratándose del contagio sexual, podemos aventurarnos á decir que la infección no se comunica una vez en cien casos sin que deje de haber exposición de la más peligrosa especie. Estos hechos tienden á probar que el virus no existe siempre en la forma activa en las secreciones de aquellos que padecen la enfermedad, y también que se destruye probablemente con facilidad lavándose y adoptando otras medidas de precaución. Añadamos que, exceptuando las partes en que el epitelio es muy delicado, el mal requiere, para su inoculación, una superficie más ó menos desnuda. Tan raro es que los niños sifilíticos, cuando se dan á criar á las nodrizas, comuniquen el mal, que algunos cirujanos, á pesar de las ocasiones que han tenido para observar, manifestaron su opinión de que no creían el hecho posible; pero, como ya he indicado, tenemos la prueba en casos muy numerosos y concluyentes.

COMENTARIO II

¿Es necesario, para el contagio, un erosión de la superficie?

Aunque la presencia de una úlcera ó una dislaceración facilita mucho indudablemente la introducción del virus, tal vez ninguna condición es esencial, y acaso tampoco frecuente. No hay nada improbable en el aserto de que el virus pueda penetrar con facilidad en las muy delicadas superficies mucosas, blandas y húmedas de las partes en que los chancros suelen manifestarse. En la piel misma puede ser más difícil, pareciendo casi esencial la existencia de una herida ó grieta. Debe suponerse que debajo del prepucio en el hombre, y en la vulva de la mujer, es donde el contagio se verifica más comunmente. En estas partes, sin duda, basta que el virus halle protección en un repliegue mucoso ó en el orificio de una glándula. El testimonio de un considerable número de pacientes nos demuestra que no existió la menor erosión al efectuarse el contagio. En no pocos casos se han hecho muy

cuidadosos exámenes, practicándose abluciones repetidas, sin que se pudiera observar ninguna grieta; y, por lo tanto, es evidente que en los casos prácticos sería inútil considerar como esencial una escoriación, puesto que todos deben admitir que la dimensión de la superficie es á menudo tan pequeña que pasa desapercibida en el más cuidadoso examen. En muchos de los médicos que contraen chancros en el ejercicio de su profesión, no hay antecedente alguno de anterior lesión de superficie; apareciendo que el virus se alojó simplemente debajo de la uña ó en un repliegue de su borde.

COMENTARIO III

Situaciones más comunes del chancre

En el hombre, la situación más común del chancre es en los repliegues del prepucio (retraído), precisamente detrás de la corona; y en esta situación presentan sus caracteres más distintivos, siendo aquí mayor la induración y más fácil de apreciar. El disco semicircular y agrisado resalta marcadamente cuando el prepucio está retraído y toma la bien conocida forma de *collar*. Con frecuencia se extiende la induración, interesando la misma corona; pero en la sustancia del glande no es tan marcada, mientras la inflamación es común. Los chancros del glande se hacen á menudo fagedénicos. Fuera de estas regiones, se ha de hacer especial mención del meato, el frenillo y el borde libre del prepucio. Cuando el meato se afecta, lo cual no deja de ser común, la induración suele rodearle como un anillo, y á menudo no se extiende mucho en la sustancia del glande. Es muy fácil que se produzca inflamación en el frenillo, faltando á veces la induración. La implicación de las glándulas de la ingle se produce más fácilmente, según creo, tratándose de chancros del frenillo: los del borde libre del prepucio suelen ser múltiples, y á menudo son mixtos. No se manifiesta á menudo bien caracterizada la induración, y por eso muchas veces se hace difícil juzgar del verdadero carácter del chancre.

En la piel del pene los chancros no difieren de aquellos que observamos en otras partes de la superficie del cuerpo, exceptuando, tal vez, que aquí es donde casi exclusivamente se presenta el conocido con el nombre de *chancre apergaminado*. Las particularidades de esta úlcera consisten en que su área de induración es considerable y su espesor muy escaso, habiendo poca ó ninguna inflamación. Es un estado que se observa con mucha frecuencia cuando el mal está á medio curar.

En la mujer los chancros se ven generalmente en los labios ó ninfas, y menos á menudo en la horquilla y el clítoris: rara vez ó nunca se encuentran en la misma vagina, y por excepción en el hocico de tenca. El hecho de no producirse nunca en las paredes vaginales se puede explicar por el espesor del epitelio, pero más plausiblemente por la rareza de los orificios glandulares. La multiplicidad del chancre infectivo es más común en las mujeres que en los hombres, sin duda porque los labios, poniéndose en contacto, se infectan fácilmente; pero esta infección duplicada sólo puede producirse, por supuesto, poco después del contagio. La multiplicidad, sin embargo, no deja de ser común en los hombres. Un modelo de cera que hay en el hospital de San Luis, de París, presenta cinco chancros, y recuérdase el caso de haberse visto hasta quince de una vez.

Los términos de *induración accesoria* ó *satélite* se han aplicado á ciertas masas que en raros casos se forman cerca de la úlcera primitiva, pero mucho después de su desarrollo.

COMENTARIO IV

Sobre el curso natural del chancre verdadero

Tan constante es ahora el uso del mercurio, que rara vez tenemos oportunidad para observar el curso no modificado de un chancre durante un largo período; pero la persistencia de la induración parecería ser en tales condiciones muy variable en extensos límites. Podrá desaparecer en pocos días ó en algunas

semanas, ó persistir un año ó más. La influencia del mercurio es invariablemente muy marcada, y, por lo regular, expedita. Si se administran dosis convenientes, el chancro pierde en pocos días su extremada dureza, y al cabo de una semana ó dos comenzará á desaparecer; pero si se deja de dar el mercurio, se manifestará otra vez la induración, acaso tan característica como al principio.

Esta tendencia á indurarse de nuevo se observa á veces en condiciones muy peculiares: en períodos de uno ó dos años, después de haber desaparecido la primitiva úlcera, y sin que haya nueva exposición en el sitio exacto de la primera, es posible que se repita la induración, reproduciéndose varias veces en el mismo individuo. Raro es observar induración de las glándulas linfáticas: los chancros recidivantes no suelen durar mucho, y no les acompañan otros síntomas constitucionales.

Por otra parte, no se puede dudar que, sin el menor auxilio del mercurio, los chancros indurados desaparecen en algunos casos rápidamente; y es esencial el conocimiento de este hecho para la correcta interpretación de muchas historias de pacientes. Estoy seguro que una semana, y hasta algunos días, bastan para la desaparición de todo cuanto es característico en un chancro infectivo, y esto independientemente del tratamiento.

COMENTARIO V

¿Puede cohibirse la sífilis destruyendo la lesión inicial y, en tal caso, en que período?

Ricord pensó una vez que la cauterización podía impedir la formación de un chancro y el desarrollo de la sífilis si se practicaba dentro de los cinco días del contagio; pero después hubo de modificar su opinión, considerando que semejante tratamiento era á menudo inútil. Es evidente que debemos tener en cuenta, no sólo la fecha en que la destrucción se efectúa, sino también los detalles exactos del método. Lo que á

un médico le podrá parecer una cauterización eficaz, otro la juzgará de todo punto impropia. Si el ácido nítrico no obra á bastante profundidad, es posible que el cloruro de zinc, ó el cauterio actual; ó el bisturí, lo consigan; y, de todos modos, en este punto debe decidir la experiencia. Yo juzgaría seguramente un descuido de mi deber no cauterizar cualquier chancro venéreo á los cinco días de presentarse el paciente al tratamiento: he cauterizado muchos así, y en muy pocos casos se siguió la sífilis. Al mismo tiempo se debe admitir sin reparo que la absorción local del virus se efectúa, sin duda, mucho más rápidamente de lo que nos hubiéramos inclinado á sospechar *à priori*. El último experimento de Ricord con la cauterización actual lo demuestra así, y también el bien conocido hecho recordado por Berkeley Hill, que cauterizó con ácido nítrico humeante un frenillo dividido, dentro de las doce horas de la exposición. A causa de esto se formó una escara, que, separándose después, dejó la úlcera curada; pero un mes después se induró, siguiéndose la sífilis. Según nuestro criterio sobre este caso, se podría alegar que el frenillo es una parte especialmente difícil para asegurarse de la cauterización, y que también la absorción en dicha parte es muy activa. No diremos que se desprenda de aquí que una cauterización análoga en cualquier otra parte del prepucio fuese seguida de semejante resultado; y si el ácido nítrico no merece confianza, tampoco se sigue de aquí que la libre aplicación del cauterio actual diese igual resultado.

Siendo muy de tomar en consideración el grave carácter de una enfermedad como la sífilis, creo ciertamente que los médicos harán muy bien en destruir las lesiones iniciales en su primer período cuando hay oportunidad para ello. Lo mejor es producir la anestesia con el éter, y usar después vigorosamente el termocauterio de Pacquelin.

En cuanto á la excisión ó destrucción de los chancros en períodos tardíos, y sobre todo después de haberse reconocido su verdadero carácter por la presencia de la induración, tengo muy poca experiencia personal. En cierto caso, y á instancias del paciente, que á su vez era médico, practiqué la excisión de tres chancros indurados en la piel del antebrazo, y que

llegaron á tal estado á las cinco semanas del contagio. No obstante, siguióse la sífilis sin el menor retraso, y fué grave y persistente. Auspitz, de Viena, que practicó muchas excisiones, dice que previno la sífilis con frecuencia, ó retardó su desarrollo. Por otra parte, Neumann, Zeissl, Mauriac, y varios más que usaron el mismo método en los mismos períodos, sólo obtuvieron resultados desfavorables.

COMENTARIO VI

Sobre los chancros erráticos (Syphilis sine coitu)

Los chancros erráticos, ó sea aquéllos que no están situados en las partes generalmente afectadas, son mucho más comunes de lo que generalmente se cree; y tienen grande importancia, no sólo por el perjuicio social que pueden producir los errores respecto á su origen en los diversos individuos, sino también por las equivocaciones á que pueden conducir á la observación clínica sobre el curso de la sífilis. Así, por ejemplo, puede suceder que un niño tenga un chancre errático que nunca había sido reconocido, y que los resultados subsiguientes se atribuyan á afección congénita; debiendo advertirse que el diagnóstico de estos chancros es á menudo sumamente difícil. Con frecuencia los he visto en las manos de médicos, que no sospecharon siquiera la naturaleza de la úlcera hasta después de haberse manifestado los síntomas secundarios. Los límites de variabilidad en las condiciones de esas úlceras, son muy extensos. Un chancre infectivo en el dedo podrá no presentar nunca más que un pequeño punto negruzco, sin ulcerar, que no llamará la atención en algunas semanas, dejando sólo después una manchita pardusca; pero después de esto puede haber completo desarrollo de sífilis. Por otra parte es posible que se produzca tal exceso de inflamación, que esta última oculte todo vestigio de induración específica. En los

niños se observa á menudo esto, así como en los chancros después de la circuncisión. En algunos casos el chancre mismo se podría extender mucho: he conocido el caso de que un chancre indurado, por ningún concepto fagedénico, ocupara casi toda la palma de la mano, y otra casi todo un lado de la cara, formando un enorme chancre indurado.

Estos chancros pueden manifestarse en cualquiera parte del cuerpo; y son comunes en los labios á consecuencia de los besos, ó por beber en ciertas vasijas, fumar en cualquiera pipa, etc. El chancre que los médicos adquieren en los dedos, en el ejercicio de su profesión, es una forma que hace sufrir mucho al paciente, y lleva en sí el riesgo de comunicar el mal á los enfermos. Los chancros en el pezón no son raros tampoco, aunque puedo decir que durante mi práctica apenas he conocido seis; y añadiré que no se encuentran sólo en las mujeres casadas. Por lo que hace á su situación, varía mucho: la más rara es en la planta del pie y en la de la mano. Yo los he visto en el cráneo, en la cara, en la oreja, en la nariz, y en la piel de la barba, á cierta distancia de la boca; tres veces los he hallado en la lengua; y dos, al menos, en la conjuntiva del globo ocular.

Aun en los casos en que los chancros se hallan en las partes genitales, no siempre son consecuencia del coito. En los niños no dejan de ser accidentales algunas veces; y no dudo que lo que dicen algunos adultos sobre haber adquirido la infección en excusados, etc., es realmente verdad en casos excepcionales. En dos casos he visto desarrollarse una epidemia de sífilis entre mujeres embarazadas, que la comunicaron á sus maridos, por inoculación de los genitales por el dedo del médico durante el parto.

Bueno será hacer las siguientes advertencias sobre el particular:

Los chancros blandos ó no infectivos no se observan casi nunca más que en las partes genitales. Difícil es explicar la razón de ésto satisfactoriamente; mas la experiencia demuestra que sólo aquí suelen desarrollarse sus formas particulares, y por eso no se reconocen cuando se hallan en otros sitios.

Los chancros erráticos, al igual que los resultantes del coito, son generalmente simples. En algunos casos, no obstante, pueden ser múltiples. En agentes de policía he conocido dos veces varios chancros juntos como resultado de lesiones recibidas en lucha con hombres infectados; y otra vez conocí á un marinero que, habiendo peleado con un compañero suyo, el cual le mordió en varias partes, contrajo seis ú ocho chancros indurados en los dedos, en el antebrazo, en una oreja y en la barba.

Aunque la induración se manifiesta á menudo de la manera más marcada, muchas veces no existe, y entonces el diagnóstico podría dificultarse mucho. En tales casos el médico debe examinar cuidadosamente las glándulas linfáticas. Hay alguna especie de chancre que apenas se indura nunca y que á menudo supura en abundancia.

No es posible fiarse mucho del aspecto extraordinario que esos chancros presentan algunas veces, y debe admitirse que su enorme tamaño induce con frecuencia á error.

Algunos médicos opinan que la sífilis, cuando resulta de un chancre errático en la piel, es una enfermedad más grave que cuando subsigue á un chancre en las partes genitales; mas no me parece que haya fundamento alguno para semejante creencia. La sífilis producida es una misma y única enfermedad. En diversos individuos puede variar considerablemente en su gravedad, pero estas diferencias no tienen nada que ver con la situación del chancre infectante.

El chancre de los médicos es tan común, y sus efectos tan desastrosos, que obliga, á los que se dedican á la práctica de partos, á tomar las más escrupulosas precauciones. Las grietas ó erosiones en los dedos se deben proteger con dedos de guantes de goma elástica; y aunque la piel esté del todo sana, se usará abundantemente la vaselina ú otra sustancia análoga antes de practicar un examen.

Aunque en muy pocos casos, los chancros erráticos pueden resultar de prácticas inmorales; pero podemos decir que la gran mayoría de los mismos se deben á un accidente, y no implican falta en aquellos que los padecen.

COMENTARIO VII

Periodo de incubación en los chancros

Aunque en mis anteriores escritos he considerado siempre el período de incubación del chancre más largo de lo que suelen suponer otros autores, asegurando que es más regular y uniforme de lo que en general se cree, nunca dije que dicho período pudiera prolongarse tanto como lo que ahora me inclino á sostener. En otro tiempo indiqué que un mes viene á ser el término medio, con frecuencia menos que más; pero ahora opino que ese plazo es corto, y que sería más seguro contar cinco semanas. Según se verá con referencia á los hechos que pueden aducirse, en la mayoría de casos en que podía esperarse más exactitud (por ejemplo, cuando los médicos eran los pacientes), por lo regular trascurrían cinco semanas antes de que se manifestara ningún vestigio de irritación local; y después de este período pasaban ocho ó diez días, y hasta una quincena, antes de que la úlcera presentase caracteres que se pudieran considerar como diagnósticos.

La explicación de conceptualizar erróneos los primeros cálculos sobre el período de incubación, se debe, sin duda, al hecho de haberse aceptado á menudo fechas que no eran dignas de confianza; y, á fin de evitar confusión, es necesario precisar si por *período de incubación* se entiende el intervalo transcurrido entre el contagio y la primera señal de incubación, ó entre aquél y el desarrollo característico de la induración.

COMENTARIO VIII

Casos ilustrativos del periodo de incubación

He observado los siguientes casos, que sirven para ilustrar lo que ocurre en el período de incubación:

1.º Un médico casado, el doctor A., sólo una vez cometió una falta, y observó cuidadosamente todo lo que podría sobrevenir; pero trascurrieron cuarenta y dos días antes de que viera una papulita debajo del prepucio, desarrollóse un chancro y sobrevino la sífilis.

2.º Un cirujano muy experto me refirió el siguiente caso, que le había ocurrido á él mismo. En cierta ocasión sospechó que habría contraído el mal, y á pesar de su atenta observación no vió nada en el pene durante cinco semanas; pero tres días después fijóse en una pequeña pápula, que muy pronto se induró, siguiéndole los síntomas secundarios.

3.º Hacia la misma época en que ocurrió el caso anterior, traté á otro paciente que tuvo un chancro después de un solo contacto, que me aseguró no haber observado nada hasta cinco semanas después.

4.º Un experto observador, M. B. de Londres, se expuso al riesgo de la sífilis en una sola ocasión, el 4 de marzo, y después observó ansiosamente los efectos. A la mañana siguiente del contacto notó una pequeña grieta en el prepucio, inmediata al glande: aplicó agua vegeto-mineral, y á los tres días se curó; pero á las dos semanas comenzó á tomar un color oscuro; el 17 de abril se ensanchó, comenzando á ulcerarse; el 23 induróse marcadamente, y presentó en el centro un grupo de diminutas úlceras de color agrisado. No había la menor duda de que la induración era específica, y en su consecuencia recomendé el mercurio.

La marcha observada en este caso, es, en mi concepto, muy común. Nótese primero una pequeña úlcera, que se cura en pocos días; después se sigue un período de cuatro semanas de reposo, y luego viene la inflamación con la induración específica, observándose que transcurren siete semanas, muchas veces, antes de que sea marcada.

5.º Un caballero me presentó á su sobrino, joven aquejado de sífilis. Había comenzado por acusar una blenorragia, y, poco después de curada ésta, cuando aun se hallaba sometido al tratamiento médico, apareció un chancro. El tío dijo que podía perdonar un desliz, pero que le disgustaba ser engañado, pues el sobrino persistía en que sólo se había expues-

to una vez al riesgo. El cirujano que trató la blenorragia aseguró que esto no podía ser exacto, porque durante un mes había examinado con frecuencia el pene sin ver señal de chancre hasta cinco semanas después del flujo uretral. Hube de explicar que en mi concepto no se había calculado bien el período de incubación, y que probablemente sería verdad lo que el joven aseguraba. Con esto hice un acto de justicia para aquél y di una satisfacción á su tío.

6.º En otra ocasión un joven se expuso al riesgo del contagio sólo una vez. Adquirió una blenorragia, y cinco semanas después formáronsele dos chancros en la piel del pene y otro en el abdomen, entre el ombligo y el pubis: todos tomaron el carácter de grandes chancros indurados, y los síntomas secundarios fueron graves.

7.º Una joven fué atacada del mal durante su alumbramiento al ser operada por una comadrona que tenía un chancre en el dedo; y á los cincuenta y tres días de haber parido resultó tener tres chancros indurados en los labios de la vulva, pero sin irritación especial de las glándulas. A las once semanas apareció una erupción y comenzó á caérsele el cabello. En este caso debe suponerse que, así los chancros como la erupción, existían muy poco tiempo antes de ser reconocidos.

COMENTARIO IX

Períodos de incubación observados en la sífilis vaccinal

El período de incubación en once pacientes, que recibieron el virus por la vacuna el mismo día, fué notablemente regular. En todos los casos la pústula vaccinal se curó perfectamente por algún tiempo, y después de un intervalo inflamóse de nuevo, observándose que al cabo de ocho semanas presentaban todas la induración característica. Los más de los pacientes habían comenzado á quejarse de la irritabilidad de la cicatriz á la sexta semana, y algunos á la quinta. Dos pacientes, padre é hijo, notaron que sus cicatrices les escocían el mismo día, poco más de cinco semanas después de la vacuna. En todos estos casos se comenzó á prescribir el mercurio

á la octava semana, antes de aparecer ninguna erupción, y casi se evitó ésta.

En otra serie de pacientes el tratamiento se retardó más, y tuvimos oportunidad de observar el período en que aparecían la erupción y las placas de la cámara posterior de la boca. En algunos casos aquélla comenzó á manifestarse á la décima semana, y habíase desvanecido pocos días después. Los chancros eran característicamente indurados las más de las veces.

En otra serie de casos de sífilis por la vacuna, los períodos parecen haber sido más cortos, según las notas publicadas por mí; pero debo advertir que sólo tuve por guía la memoria de los pacientes, que sin duda no les era fiel. Yo creo que los períodos señalados hasta aquí pecaban de cortos, y que podemos considerar como seguro que el intervalo que precede á la primera irritabilidad de la úlcera rara vez baja de cinco semanas, debiéndose contar ocho ó diez días antes de que la induración sea típica. Quince días después de esto, ó sea al cabo de los dos meses, la erupción y las placas de la garganta aparecieron simultáneamente.

En uno de los anteriores casos, en el cual no se prescribió el mercurio, presentóse la iritis á la undécima semana, coincidiendo con una abundante erupción, que se manifestó quince ó veinte días antes con mayor induración del chancro.

Sin embargo, obsérvanse excepciones en lo dicho. En el caso de cierto doctor C., que se vacunó de un niño sifilítico, las úlceras se hicieron irritables á los veintiún días, y al fin de la quinta semana presentaron la induración característica, aunque no en el mayor grado aún, apareciendo la erupción roseólica veinte días después. En este caso el paciente vigilaba con la mayor atención los primeros síntomas, y sin duda los observó un poco antes que en los anteriores ejemplos.

COMENTARIO X

Observaciones sobre los casos precedentes

En lo que acabo de exponer he preferido dar á conocer los

resultados de mi propia observación, aunque otros autores han reunido muchos datos de valor sobre tan importante materia, estudiada especialmente por Barensprung, Fournier y Le Clerc. Algunos observadores, según creo, no tuvieron el suficiente cuidado para anotar ciertos detalles, y es muy sensible que se hayan dado á la estampa opiniones erróneas. En cuanto á mí, confieso que no tengo noticia cierta de períodos de incubación muy cortos ó muy largos. Debe admitirse cierta variabilidad, pero probablemente muy restringida. Si el contagio se efectúa con virus puro en una persona sana, no se manifestará ningún efecto marcado antes de terminar la tercera semana, y más comunmente será al fin de la cuarta, y aun de la quinta. Todos los períodos cortos se explican por la presunción de que la secreción no era pura, ó por la falta de exactitud de las fechas. La irritación que siguió era solamente inflamatoria y no específica. Todos sabemos que nada es más común que un chancro inflamatorio, no infectivo, sea precursor de otro infectivo; pero no debemos admitir tales casos en nuestros cálculos sobre los períodos de incubación, ni tampoco son siempre los chancros no infectantes del tipo de los que supuran. Puede haber un pequeño tumor papilar ó una verruga; pero si sucede esto, precediendo á un verdadero chancro, no debe considerarse como parte del último, ni juzgarse su presencia como el fin del período de incubación. Así, pues, todos aquellos casos en que el vehículo del contagio es el pus (como el chancro de los dedos de las comadronas) se deben dejar á un lado por no ser dignos de confianza. Es posible que el pus produzca, separadamente del virus, señales de irritación en cualquier período después de su inoculación. No debemos suponer que estos síntomas, sin embargo, si llegan á presentarse, aparezcan necesariamente á los pocos días.

En conformidad con lo dicho, los resultados de las incubaciones experimentales y de los modos de contagio, como el de la vacuna, parecen demostrar que cuando se toma la sangre, la linfa de la vacuna ó cualquier virus limpio, el período de incubación es uniforme; mientras que tratándose del pus, por ejemplo de un tubérculo mucoso, de una pústula ó de una secreción

vaginal, la aparente incubación puede ser variable, y en muchos casos breve.

No trataré de explicar los ejemplos individuales de períodos de incubación muy prolongada, pero me atrevería á indicar que creo poco en ellos. Su falacia es obvia.

COMENTARIO XI

¿Cuándo acaba el período de incubación?

Si se pregunta cuál es generalmente el desorden local durante este largo período de incubación, contestaremos que es muy variable. En muchos casos el paciente presenta al cabo de una semana, ó de pocos días más, un chancro supurante, el cual se califica de *blando*; y en no pocos no se nota la más ligera señal de irritación hasta que transcurre un mes bien cumplido. A veces aparece también un chancro insignificante al principio, el cual se cura, y en cuya cicatriz se presenta luego la induración.

COMENTARIO XII

Observaciones generales sobre la sífilis vaccinal

1.^a *¿Qué debemos inferir de la circunstancia de que, cuando se comunica la sífilis en la práctica de la vacuna, no afecta á todos los vacunados de la fuente infecta?*

En mi concepto debemos creer que el veneno específico de la sífilis no está contenido en la linfa pura de la vacuna, ó que tal vez no se halle igualmente diseminado en ella. En mi primera serie de casos, dos pacientes, entre doce, se vacunaron con buen éxito, escapando de la sífilis; en la segunda, entre veintiséis individuos, más de la mitad la evitaron; y en la ter-

cera, compuesta de doce, sólo uno padeció; mientras que en la cuarta, de seis ú ocho, sólo uno recibió daño.

En las series primera y segunda se observó repetidas veces que, en aquellos que contraían la sífilis, algunas de las punturas de la vacuna desarrollaban chancros, y otras no. No puede caber la más mínima duda en que es muy fácil vacunar con un instrumento infectado sin comunicar la sífilis; y, por otra parte, que es posible contagiarla con ó sin la producción de una vesícula normal de la vacuna.

Ahora bien: la suposición de que es casi esencial la penetración de algunos de los elementos celulares de la sangre para comunicar la sífilis, me parece á mí la explicación más probable; y, sin duda, no es necesario que estos elementos sean visiblemente rojos. Parece probable que el virus de la vacuna en estado puro producirá rara vez la sífilis, puesto que en varios ejemplos recordados se efectuó la vacunación inadvertidamente, en considerable escala, de un niño que después resultó ser sifilítico, aunque no resultaron malas consecuencias. Puede ser también que en un gran número de casos haya sucedido esto, siendo muy repetidas las pruebas respecto á la impotencia de la linfa pura de la vacuna para comunicar la sífilis. Por otra parte, la experiencia ha demostrado suficientemente, y en particular el conocido experimento del profesor Pelizzari, que la sangre en un paciente, en el período secundario de la sífilis, puede producir, cuando se inocular, un chancre que irá seguido de los acostumbrados accidentes sifilíticos. En el caso á que nos hemos referido, los hechos suministran, en cuanto se refiere á fechas, etc., un paralelo muy exacto con lo que se observó en todos los casos observados por mí.

2.^a Después podremos preguntar *si es absolutamente necesario que se extraiga sangre en la vacunación para comunicar la sífilis*. Parece casi cierto que no lo es; pero de todos modos no hay la menor prueba, en tres de las series de casos recordados por mí, de que la linfa usada estuviese visiblemente contaminada con la sangre. El vacunador aseguró siempre que era su costumbre evitar cuidadosamente que la pústula sangrase. Sin duda es muy suficiente permitirle gotear, pues

no cabe duda que con este drenaje quedan libres los elementos corpusculares de la sangre y los tejidos. Según esta suposición, el peligro principia apenas se agotan los contenidos de la vesícula. Bien sabido es la costumbre de muchos vacunadores de dejar que la pústula rota *gotee*, y seguir usando su secreción mucho después de agotarse su primer contenido. Según el experimento del doctor Cory, no podemos ya dudar que la *primera linfa*, y linfa al parecer del todo límpida, es susceptible de comunicar la sífilis.

3.^a *Si el virus sífilítico y el de la vacuna se inoculan al mismo tiempo ¿qué sucederá?*

Los casos recordados demuestran de una manera concluyente que, si el individuo es susceptible de vacunación, la vesícula puede pasar por todos sus períodos de la manera más característica. Entonces, después de curarse la pústula de la vacuna, y á las cuatro ó cinco semanas de la inoculación, el virus sífilítico comienza á manifestar sus efectos, y la cicatriz se hace irritable, inflámase y se indura. Aunque ésta es la marcha usual, no es invariable, pudiendo observarse desviaciones, relacionadas, sin duda, con el estado de salud del paciente y la condición de los tejidos.

En estos casos excepcionales la pústula vaccinal no se cura nunca, y la costra de pus formada sobre ella, combínase con la tumefacción inflamatoria que hay alrededor para ocultar la naturaleza de los cambios específicos que después se presentan. Si la vacuna no hubiera prendido, lo más usual es que la picadura se cure, y que el paciente no piense ya en ello hasta que comienza la inflamación al cabo de un mes.

4.^a *¿Cuáles son los caracteres comunes del chancre vaccinal?*

Según hemos dicho ya, la exudación inflamatoria en la superficie de la úlcera, y el edema inflamatorio de su base, pueden ser considerables en ciertos casos.

En un buen número de los de mi segunda serie, en la cual había muchos niños, los caracteres específicos del chancre quedaban ocultos de esta manera. En el hombre que fué objeto de mi tercera observación, los antecedentes eran que la pústula se había inflamado de una manera muy aguda; tanto, que el mé-

dico la cauterizó varias veces, y sin duda se hallaba próxima al fagedenismo; pero estas condiciones son excepcionales, y por lo general el chancro vaccinal presenta poca tendencia á un exceso de inflamación. En algunos casos no se ulcera. Comienza por una especie de tubérculo pequeño, rojo y consistente, que poco á poco aumenta en tamaño y se indura más. Al cabo de quince días, ó acaso menos, suele ulcerarse, presentándose una úlcera notable por su escasa secreción y la dureza de la base y de los bordes. Los casos en que no se administró el mercurio demuestran que pueden pasar algunos meses sin que se cure. Verificado esto, siempre queda una cicatriz de color oscuro, muy diferente de las de la vacuna. Su pigmentación, así como la de otras cicatrices sifilíticas, varía según la complexión del paciente, y siempre es más pronunciada en los de color moreno.

5.^a *¿Qué tratamiento se debe emplear en el chancro vaccinal?*

No dudo que si una cicatriz de vacuna adquiere la induración característica de un chancro, y si las otras particularidades del caso corroboran la sospecha, será deber del médico prescribir desde luego el mercurio. Los casos por mí recordados demuestran evidentemente la gran diferencia del resultado entre aquellos en que se dió el mercurio y en los que nada se hizo. En mi *primera serie* de casos, la naturaleza del accidente se reconoció durante la sexta semana después de la vacunación y antes de manifestarse ningún síntoma secundario bien marcado. Excepto un paciente, todos comenzaron á hacer uso del mercurio, y en todos ellos se cortó desde luego la marcha del chancro, obteniéndose una rápida curación. Durante largo tiempo no se presentaron síntomas secundarios, y el éxito del tratamiento fué tal que no pocos pacientes dudaron de la exactitud del diagnóstico. Después, sin embargo, manifestáronse dichos síntomas en varios de los pacientes, tan bien caracterizados que no podía quedar la menor duda sobre la naturaleza de la enfermedad, por más que fuesen comparativamente ligeros. Cedieron muy pronto cuando se administró otra vez el mercurio, y ninguno de los pacientes perdió nada de su salud por efecto de la afección ni por el remedio. La

iritis no se presentó en ningún caso, y creo que todos esos individuos se hallan ahora bien. El único paciente que en realidad dió que hacer fué una joven en la que se presentó la supuración de las glándulas cervicales; y tal vez fuera estrumosa más bien que sifilítica. El contraste en este concepto, muy grande entre la *primera* y *segunda series*, fué mayor aún en los dos casos recordados por mí (*tercera y cuarta serie*). En ninguno de los dos últimos se sospechó la causa de la naturaleza de la enfermedad hasta que la piel se cubrió de la erupción secundaria. En ambos casos el chancre del brazo se agrandó mucho, quedando abierto durante algunos meses; en ambos apareció la erupción y fué acompañada de gran demacración y pérdida de fuerzas; en ambos se presentó una iritis muy grave: uno de ellos curó, así en cuanto á los fenómenos locales como en salud general, tomando el mercurio; en el otro, la enfermedad se arrastró durante veinte meses á causa de la ineficacia del tratamiento, y el paciente se resentía aún después. En cuanto á la propensión de esos pacientes á las formas terciarias de sífilis, es demasiado pronto para obtener de ellos los datos suficientes; mas, por lo que se refiere á los síntomas primarios y secundarios, no hablaré nunca demasiado en favor del plan mercurial. La lección que resulta de estos casos se opone con mucha claridad á la moderna doctrina, harto prevalecedora, según la cual conviene esperar los síntomas secundarios antes de comenzar el tratamiento específico, pareciendo indicarse que este último se debe adoptar tan pronto como el carácter del chancre permita hacer un diagnóstico exacto. También se debe fijar la atención en lo que esos casos nos enseñan respecto á la manera como el mercurio interrumpe la evolución de la sífilis, retardando la presencia de los síntomas secundarios. En todos los casos que no fueron tratados, estos síntomas se presentaron entre la sexta y la décima semana después de la inoculación; mientras que, en aquellos en que se usó el mercurio, no hubo síntomas hasta de cinco á siete meses después.

Pocas palabras debo añadir en cuanto á los mejores medios con que puede esperarse impedir la repetición de estos lamentables accidentes para lo futuro; y ante todo quisiera difundir

el conocimiento de que aquéllos son posibles. Hasta que se dieron á luz mis primeros escritos, casi todos los profesores ingleses se mostraban incrédulos sobre este punto; y, á pesar de la publicidad que se dió á los hechos, creo que aun quedan algunos sin convencer. El vacunador que proceda en sus operaciones con el temor á la sífilis, correrá poco peligro, á mi modo de ver; pues en primer lugar elegirá sus vacciníferos cuidadosamente, rehuyendo todos los niños cuyos padres no le sean conocidos. También evitará todos los recién nacidos, esperando hasta que el desarrollo de un niño sano le ofrezca una garantía contra la infección. Así no habrá seguramente dificultad en obtener vacciníferos de todo punto limpios. Después de la escrupulosa elección del niño que debe servir para la vacuna, se ha de tener la precaución de evitar la mezcla de sangre con la reciente exudación de las paredes de la pústula.

COMENTARIO XIII

Sobre la sífilis comunicada en la circuncisión

Se ha supuesto que cuando la sífilis se comunica á los niños judíos en la operación de la circuncisión, se debe generalmente á la práctica del operador, que se coloca el pene en la boca; pero no hace mucho tiempo tocóme en suerte tratar un grupo de casos en que no era aplicable semejante explicación. El rabino que había operado nos aseguró que nunca chupaba el pene; y siendo, además, un hombre de edad avanzada, estaba completamente libre de sífilis. Hé aquí cómo pasaron los hechos. Durante un período de seis semanas, aquel hombre había estado dando la sífilis á sus pacientes, no á todos, sino á uno de vez en cuando. ¡Era varón que practicaba mucho; y la gran mayoría de aquellos en quienes había operado durante dicho período, escapó ilesa, mediando un intervalo de al menos seis semanas entre la primera infección y la última. Yo observé los casos juntamente con mi amigo

M. Carlos Macnamara, y nos enseñaron siete niños que tenían abierta aún la herida de la circuncisión, presentando los síntomas de la sífilis. Este grupo nos demostraba de una manera muy instructiva las leyes de dicho mal, y, por lo tanto, me referiré de nuevo á estos casos, dando á conocer, en primer lugar, cómo se había efectuado el contagio. Comenzamos á examinar al mismo operador, y vimos que no presentaba úlcera alguna en las manos, ni la menor señal de haber padecido sífilis. Sus instrumentos, un cuchillo y una delgada placa de metal, estaban bien limpios (como debía esperarse cuando nos los enseñó), y asegurónos que los lavaba invariablemente después de cada operación. De esto se podrá pensar lo que se quiera, pero creo no se admitirá, como improbable, que el contagio se pudiera comunicar con un cuchillo usado diariamente durante seis semanas; consideración que nos obligó á dejar á un lado las sospechas sobre los instrumentos. Al fin encontramos la clave cuando se nos dijo que era costumbre del rabino llevarse los prepucios á casa á fin de quemarlos con toda ceremonia. Al oír esto me fijé desde luego en la idea de que el vehículo del contagio debían haber sido las hilas usadas para la cura; y al preguntarle donde ponía la piel, díjonos que la guardaba en su caja de instrumentos, debajo de las hilas. Efectivamente, la seda del forro de la caja estaba llena de manchas de sangre, y al parecer de pus. El operador había ido colocando un prepucio tras otro, de modo que la sangre fresca del último colocado humedecía las secreciones secas de los anteriores, viéndose encima las hilas usadas para las curas. Esto convenía muy bien con los hechos, siendo indudable que el principio fué la circuncisión de un niño sifilítico. El hombre nos dijo que en caso de niños delicados el rito se aplazaba algunos meses, siendo posible así que un niño en quien la enfermedad estuviera del todo desarrollada, fuese la causa primera. Sin embargo, tal vez no sea preciso apelar á semejante suposición en el hecho de que la sangre de un niño de una semana de edad puede haber contenido virus en forma activa. Se observará que la explicación presupone que este virus es susceptible de conservar su energía mucho tiempo (seis semanas), y esto á pesar de hallarse seco. No hay en ello nada improbable.

Entre las particularidades curiosas que estos casos ofrecían, prescindiendo de la manera de efectuarse el contagio, eran de notar las siguientes: la gravedad desigual de la enfermedad, aunque derivase del mismo origen; las condiciones variables del chancro primitivo, y la repetición de los bubones supurantes con chancros infectantes. Macnamara y yo vimos siete niños á la vez, y sólo de uno de ellos podía decirse que todas las partes de la herida de la circuncisión estaban marcadamente induradas. En los más era extensa y sucia, y en dos veíase destruída una porción del pene por una ligera forma de acción fagedénica. Dos de los niños estaban gordos y al parecer robustos, aunque los dos presentaban sífilides: otros dos, como muy demacrados, hallábanse bastante enfermos, pareciendo uno tan débil que no parecía fácil se restableciese; tanto es así, que murió quince días después. En este caso el niño había estado bien hasta que se practicó la circuncisión, habiéndoseles tratado cuidadosamente con mercurio casi desde el principio. Circulaba el rumor de que uno ó dos niños, á quienes no vimos, habían muerto del mal. La erupción era muy escasa en algunos y abundante en otros. Todos tenían infartadas las glándulas de las ingles, y en dos se presentó la supuración en ambos lados. En aquellos que no habían tenido abscesos, los bubones eran todavía muy grandes.

Fué imposible obtener datos precisos en cuanto al progreso de los chancros de la circuncisión, pues en todos los casos el niño estuvo sometido sólo á la observación del rabino, creyéndose éste suficiente. Al cabo de un mes solía tener yo noticia de que la herida, en parte curada, se abría de nuevo, inflamándose.

COMENTARIO XIV

*Chancro en un niño; boca ulcerada é infección del pezón
de la madre*

El doctor Lees, del Hospital de Niños, me envió en febrero de 1881 una madre y un hijo. Este último estaba indudable-

mente atacado de sífilis, y conservaba los restos de un chancro en un labio, presentando otros en las comisuras de la boca. Tenía un año de edad y no se conocía el origen de la infección.

La madre tenía ulcerado el pezón izquierdo con la base muy tumefacta. La induración no era considerable, pero había glándulas infartadas en la axila, y no dudé que la enfermedad era específica, aunque no hubiese erupción. Aquí tenemos un caso que fácilmente podría considerarse como una excepción de la ley de Colles: un niño de pecho tiene la boca ulcerada, y la madre adquiere por esto un chancro en el pezón. Sin embargo, después de investigar cuidadosamente, el hecho tiende á confirmar la ley; pues prueba que cuando una madre no está protegida, puede contraer la enfermedad de su propio hijo.

Después hallé que el doctor Lees había interpretado el caso lo mismo que yo, no dudando que la úlcera del niño en el labio era un chancro primitivo. La tumefacción de la parte cuando primeramente se vió, había sido considerable, y en la ingle había una glándula indurada. Esto fué el principio de los síntomas del niño.

COMENTARIO XV

Sobre ciertas falsas apariencias en la induración de los chancros

Es tan importante evitar errores en cuanto al diagnóstico de los chancros infectantes, que debo indicar con algunos pormenores ciertas falsas apariencias, dando á conocer dos proposiciones que son distintas, aunque tal vez se relacionen. La primera es la posibilidad, como resultado de la aplicación de los cáusticos, de que se produzca induración de una especie y carácter tales que no se pueda distinguir de la del verdadero chancro infectante. La segunda es que los individuos que han tenido chancros y padecido sífilis están propensos,

aunque raras veces, á que se indure otra vez, sin nueva infección, el sitio del chancro primitivo, presentándose así caracteres engañosos.

COMENTARIO XVI

Producción artificial de lesiones semejantes á las del chancro indurado

El Sr. A. L., hombre robusto y sano, se me presentó, en 16 de marzo de 1884, para que examinase dos úlceras que tenía en el prepucio, ambas induradas. La induración formaba como un collar, y el diagnóstico se habría podido hacer fácilmente á la simple vista sin servirse del tacto. El disco era del tamaño de media peseta, y estaba muy duro. Si no hubiera conocido la historia del paciente y á no saber también que era posible una induración artificial, habría estado seguro de que eran chancros primitivos; y añadiré que en el fondo de cada una había una pequeña superficie ulcerada, cubierta de una película de linfa gris blanda. Yo había visto al paciente quince días antes, y entonces sólo tenía algunas pequeñas verrugas en el sitio de la induración, verrugas que se tocaron con nitrato ácido de mercurio. Los pseudo-chancros habían resultado únicamente del uso del cáustico.

Queda la cuestión reducida á saber si se podían presentar así en un individuo que nunca había padecido sífilis. Seis años antes el Sr. L. experimentó un ataque de dicha enfermedad, y aun conservaba como señal algunas placas blancas en la lengua; pero tratábase de un caso en que nunca se descubrió chancro alguno; de modo que había probabilidad de que los pseudo-chancros ocuparan el lugar de los antiguos. Sólo se observó una blenorragia por el médico, pero á ella siguió una erupción sifilítica con ulceraciones de la garganta y de la lengua. El paciente me dió estos detalles antes de que yo aplicara el cáustico á las verrugas, y se podría creer que la primera vez tenía ya un chancro en la uretra.

Creo que se puede considerar este caso como la prueba de que es posible que un individuo que ha padecido en otro tiempo sífilis, presente, por la aplicación de cáusticos en el prepucio, una especie de induración semejante por todos estilos al chancro hunteriano. Es una falsa apariencia que siempre debemos tener presente al formar el diagnóstico. Cuando se han usado los cáusticos de poco tiempo, el médico se guardará de emitir opinión en cuanto á la naturaleza de la úlcera, dejando pasar una semana ó dos antes de dar su parecer. Aun en aquellos sujetos que nunca padecieron sífilis, se puede manifestar una induración por el uso de los cáusticos en los chancros blandos; pero yo no he visto nunca en tales circunstancias la gran simulación que á menudo se presenta en los individuos sifilíticos.

COMENTARIO XVII

Sobre la reproducción del chancro

Debo añadir que, independientemente de la cauterización, las úlceras del pene se induran algunas veces sin haber habido infección reciente. Las úlceras que el herpes deja cuando se presentan en individuos sifilíticos, no se curan siempre como debieran, y algunas veces se induran por algún tiempo. También se observa en algunas ocasiones una tendencia á reproducirse la induración, y acaso la ulceración, en la parte donde estuvo el primer chancro verdadero, lo cual puede ocurrir aún algunos años después de la infección. De vez en cuando la repetición parece debida al contacto sexual (sin el menor riesgo de contagio): en otras ocasiones parece del todo espontánea, á juzgar por la observación. Varias veces se ha manifestado en un hombre poco después de su casamiento. Para mayor prueba de que estos chancros repetidos no son en realidad nuevos, podemos asegurar que siempre desaparecen rápidamente, casi sin apelar á tratamiento, y que nunca condu-

cen á nada semejante á síntomas secundarios, no siendo tampoco causa de que las glándulas linfáticas se abulten. Otra prueba convincente es el hecho de que la induración se puede repetir en el mismo hombre media docena de veces.

El caso más notable que puedo citar en confirmación de lo dicho, es el de un caballero que, habiendo padecido considerablemente por la sífilis, perdió el vómer cuatro años antes de haberle conocido. Gozaba de robusta salud, y en enero de 1882 se me presentó para que examinase una induración que desde hacía tres semanas había notado en el prepucio. Estaba del todo limpia, sin secreción apenas, y no era mayor que un guisante, pero asemejábase por todos conceptos á un chancre infectante. El paciente me aseguró que juzgaba imposible pudiera ser de contagio reciente, y dijo que le había sucedido lo mismo varias veces. Su esposa no había contraído nunca la enfermedad, aunque el esposo no se abstuvo del contacto. Observó el hecho la primera vez en 1869, y la segunda en 1871, sin que hubiese habido nunca bubones ni síntomas secundarios. La induración solía durar tres semanas ó un mes. El paciente tuvo el primer chancre infectante en 1867, precisamente en la misma parte donde se manifestaron después los que se reprodujeron. Debe advertirse, en particular, que, durante los tres ó cuatro años que este individuo estuvo propenso á induraciones semejantes á la del chancre, en el sitio de la úlcera primitiva, no experimentó otros síntomas de sífilis, pareciendo gozar de excelente salud. Dicho caballero estuvo sometido á mi observación á intervalos durante catorce años, y últimamente se hallaba del todo bien en cuanto se refería á los síntomas específicos.

En 1860, al escribir sobre este asunto, dije que me parecía haber conocido al menos una docena de ejemplos bien marcados de *chancre recidivante*. Cierta individuo había estado tres veces en el hospital por esta causa, y otro se presentó cuatro veces en otros tantos años, por habersele renovado la induración en el mismo sitio.

En 1885 se me presentó un caballero, casado hacía un mes, y en el cual habíase abierto nuevamente la cicatriz de un chancre blando, que después se induró, presentando un

disco muy característico. Habían trascurrido quince meses desde que se presentó el chancre blando, pero también aquejó un chancre seis años antes. En cada ocasión el chancre iba acompañado de infarto de las glándulas, las cuales no supuraron. Según parece, nunca había tomado mercurio ni padecido marcados síntomas secundarios.

En el siguiente caso fué sumamente difícil extirpar la induración y prevenirla para lo futuro. El Sr. P. me consultó una vez sobre los restos de un chancre en el prepucio, habiendo aquejado también una placa en la garganta. Aseguróme haber estado sometido algún tiempo al tratamiento mercurial sin que el chancre cediera. Le prescribí las unciones, y al cabo de un mes desaparecieron todos los vestigios de aquél; pero, como dejara el tratamiento, la induración se reprodujo muy pronto. Esto sucedió en el mes de noviembre: entonces presentaba el chancre duro y ulcerado, pero en diciembre desapareció otra vez durante un ligero ptialismo. En abril, suspendido el tratamiento, la induración se reprodujo; mas, por medio de otra cura mercurial, el paciente volvió á estar bien durante algunos meses. En mayo de 1862 se me presentó con otro chancre definitivamente indurado. Habíalo tenido como seis meses, durante los cuales resistió al mercurio. Parecía verdaderamente nuevo, pero ocupaba el lugar de los antiguos. Debe admitirse que era posible una nueva exposición y que las cuatro induraciones manifestadas durante tres años se podrían considerar, si se prefiere esta hipótesis, como chancros nuevos é independientes. A mí me parece esto improbable en cuanto se refiere á los hechos de los otros casos, y también recordando que no acompañaron á ninguno de ellos nuevos síntomas secundarios. Durante todo aquel período se manifestaron á veces úlceras en la lengua, pero nunca hubo erupción general.

En un caso de chancre vaccinal observé una vez cierta tendencia muy marcada á la induración y á la inflamación repetidas, dos años después de manifestarse aquél. Este hecho tiene un valor particular, porque era imposible que hubiese ningún nuevo contagio. Habiéndose administrado el mercurio, la cicatriz sanó pronto; y desde entonces el paciente,

que ya cuenta ocho años de casado, tiene una familia robusta.

El conocimiento de los hechos relativos á la repetición del chancro es de suma importancia, puesto que sin él se puede incurrir en muy graves errores, no sólo por lo que hace al tratamiento, sino en cuanto se refiere á las cuestiones sociales y hasta médico-legales.

Creo que fuí el primero en describir este chancro recidivante en las *Memorias del Hospital de Londres* correspondientes á 1866. Dos años después M. Fournier publicó una nota más dellatada de los mismos fenómenos (1).

COMENTARIO XVIII

Caso de chancro indurado recidivante, ó más bien de chancro persistente con variaciones durante siete años

En enero de 1878 se observó en el Hospital de Enfermedades Cutáneas un ejemplo de induración de un chancro persistente y repetido. El paciente, hombre de treinta y tres años, presentaba una grande cicatriz, deprimida, en el glande, cuyos bordes parecían elevados y duros como el cartílago. En nada se podía distinguir de un chancro duro bien marcado, como no fuera por la cicatriz deprimida en el centro. En el repliegue del prepucio, cerca del frenillo, había otro pequeño disco duro, también semejante á un nuevo chancro indurado; pero ninguna de estas induraciones estaba ulcerada. Ahora bien: según dijo el paciente, la cicatriz del glande había existido siete años con diversos grados de induración, y pensaba que el otro contaba sólo algunos meses de existencia. No se habían manifestado los síntomas secundarios.

Era hombre casado, y había adquirido el primer chancro estándolo ya: los tres niños que tuvo murieron, y uno de ellos

(1) Nota de Fournier sobre el Pseudo-Chancro Indurado; en los *Archives Generales de Medecine*, 1868.

cubierto de sífilides. El paciente me aseguró que nunca se había expuesto al contagio desde entonces; añadiendo que el chancro del glande, después de haberse curado por algún tiempo, se había indurado luego repetidas veces; de modo que el hombre pensaba no haber estado nunca libre de la induración. En su concepto, como en el de su esposa, no había sufrido por esta causa jamás; pero probablemente estaba en un error. La primera vez que le vi hacía ya seis meses que se hallaba bajo la observación del doctor Tay, habiendo tenido el chancro en el glande durante todo este tiempo, chancro que estaba abierto cuando yo le reconocí (17 julio). El doctor Tay opinó que era terciario; pero había una circunstancia notable, y es que persistió siempre en la parte del chancro primitivo. No sé cómo explicar la induración en el repliegue del prepucio, habiéndose dicho que era nueva, á no ser por la hipótesis de que la descuidó primeramente. Aquel hombre había estado en el hospital en 1876, sometido á tratamiento, por tener una úlcera en las piernas y placas en el escroto; pero en aquella época no se notó nada en cuanto al estado de sus chancros.

El último caso que citaré es uno de aquellos en que puede haber divergencias de opinión sobre si el segundo chancro era más probablemente un nuevo chancro ó uno recidivante. Ya expliqué en la nota las razones que me indujeron á comprenderle en la segunda categoría.

COMENTARIO XIX

Caso notable de chancro duro reproducido ocho años después del primero

El capitán H. tenía, en octubre de 1869, un chancro que se induró, siguiéndose después la ulceración de la garganta y una fuerte neuralgia en el lado derecho de la cabeza. Fué tratado con específicos por uno de nuestros médicos más emi-

nentes, y no presentó síntomas secundarios como no fuese la garganta ulcerada; de modo que curó pronto. Se casó en julio siguiente, es decir, á los ocho meses de contraer el chancro. Su primer hijo nació diez meses después, y no se observaron en él síntomas sospechosos. El capitán se conservó libre de molestias hasta el noviembre de 1877; pero entonces se presentó una induración en el mismo sitio donde tuvo el primer chancro. El paciente consultó al médico que le visitaba antes, el cual dijo que el chancro era duro como el cartílago, aunque sin atreverse á emitir opinión sobre su naturaleza. Poco después de esto su ojo derecho se inflamó, formándose en la parte superior una espesa placa de episcleritis, y presentándose, al mismo tiempo, iritis con opacidades vítreas. Yo diría que, según el testimonio de este médico, la pupila se dilató antes de haberseñales de inflamación. La irritación en el sitio del chancro comenzó en setiembre de 1877, la pupila se dilató en noviembre, y durante febrero estuvo al cuidado de un médico oculista, y en marzo vino á consultarme á mí. En esta última fecha los restos del disco duro en el repliegue del prepucio eran todavía muy evidentes, y pregunté al paciente si se había expuesto á un nuevo contagio, lo cual negó terminantemente, alegando, como pruebas, que su esposa no tenía nada, que no se había manifestado erupción ni ulceración en la garganta, y que la iritis no era como la de sífilis secundaria. Esta iritis ó irido-ciclitis resultó ser muy crónica, y el paciente estuvo medio año sometido á mi tratamiento. Las opacidades vítreas, las adherencias y el pigmento del cristalino afectaron el ojo izquierdo, y el curso de la enfermedad no se asemejó en nada al de la iritis sífilítica común. Durante aquellos seis meses no se desarrolló un solo síntoma de sífilis secundaria en el marido ni en la mujer, aunque no dejaron de cohabitar. Todo el período de la induración prepucial no llegó á tres meses, durante los cuales se curó, desapareciendo lentamente bajo un enérgico tratamiento mercurial.

En casos como este, en los que el intervalo de inmunidad es muy largo y la induración se reproduce con mucha persistencia, podría suponerse que esta última es de la naturaleza de un goma terciario del prepucio.

COMENTARIO XX

Sobre la sífilis sin chancro bien desarrollado

El Sr. N., de veinte años de edad, se me presentó quejándose de una úlcera en la 'garganta; y, después de examinarle, vi que tenía úlceras profundas y simétricas en las amígdalas, por lo cual le dije si había aquejado algún chancro.—Ya me lo han dicho otros,—replicó;—pero yo no he tenido nunca eso.—Examiné otra vez, y persistí en mi primera opinión. Después pasé al prepucio, y allí encontré una placa roja como de una escoriación, aunque sin señales de chancro ni la más ligera induración. Tampoco hallé vestigios de sífilides. El joven habló con franqueza, y díjome que seis semanas antes había tenido contacto y un ligero flujo de la uretra, del cual no hizo aprecio porque duró muy pocos días.

Este caso puede servir como ejemplo de lo que es algo frecuente: es decir, un chancro infectante sin induración ni ulceración. Una escoriación muy ligera, y hasta una mancha un poco inflamada, tal como vemos á menudo en la simple balanitis, puede ser un chancro infectante. Seguro estoy de haber visto esto repetidas veces, y no vacilo en asegurar que el chancro primitivo de la sífilis carece á menudo de induración.

COMENTARIO XXI

Sobre la supuesta falta de chancro en algunos casos de sífilis

Por definida que sea, en materia de exactitud patológica, podemos rechazar la especie de que la sífilis adquirida es susceptible de comenzar alguna vez sin su lesión inicial; pero en la práctica debemos admitir que hay casos en que ésta escapa á la observación del paciente. En las mujeres esto es muy común,

porque el chancre indurado está á menudo exento de inflamación y no manifiesta síntomas subjetivos. También es muy posible que en los órganos genitales del hombre se forme un chancre duro que, fácil de reconocer por un médico, escape á la observación del que lo tiene, aunque cuente algunas semanas de existencia. Sin embargo, hay casos mucho más difíciles de explicación que éstos; y son aquellos en que los pacientes bien informados, ansiosos sobre la sífilis, nos aseguran haberse observado todos los días, sin notar nada parecido á un chancre. En tales enfermos podemos sospechar la existencia de un chancre de la uretra; y, si es así, habrá la certidumbre posible de un *chancre uretral* sin los síntomas locales. He visto muchos casos, repetidas veces, en los cuales no pude descubrir el sitio probable de la úlcera primitiva, sin poder alegar razones plausibles para explicar su aparente falta. Debemos admitir, pues, que algunas veces puede presentarse la sífilis sin haberse descubierto ningún chancre primitivo, aunque se busque cuidadosamente.

COMENTARIO XXII

Sobre ulceraciones en los dedos que se supuso ser chancros y no resultaron tales

Aunque apenas he visto nunca un chancre venéreo que no resultase infectante presentándose en alguna parte del cuerpo que no fuese los órganos genitales, he reconocido varios que me inspiraron sospechas. Lo encontramos principalmente en los dedos de los cirujanos que se han causado alguna puntura, y en algunos es muy probable que se pudiera justificar el diagnóstico de chancre blando.

En 1880 el cirujano de un hospital de provincia fué á Londres para que le examinaran una grande úlcera fagedénica que tenía en el nudillo del dedo medio de la mano derecha. Había visto dos médicos antes de presentarse á mi consulta, y se le aconsejó comenzase á tomar el mercurio sin

dilación. Yo le vi el 15 de junio, y me refirió los pormenores. Se había pinchado el día 2: después se formó una ulcerita y muy pronto comenzó la acción fagedénica. La úlcera era grande y hallábase muy inflamada. Opiné que antes de empezar el tratamiento con el mercurio debía practicarse la cauterización con el nitrato ácido, como así se hizo dos veces en el intervalo de pocos días. Esto produjo un efecto saludable, y la curación de la úlcera fué rápida. Una glándula que estaba engrosada cedió muy pronto: no hubo induración de la cicatriz ni tampoco siguieron los síntomas secundarios. Vi al paciente dos meses después de su infección, y estaba perfectamente bien. Seis años después supe que estaba casado y con hijos tan sanos como robustos. Es muy posible que, en aquel caso, el chancro que hubiera resultado infectante quedó destruido por el proceso fagedénico, pues se observará que el fagedenismo se manifestó á los cuatro días del envenenamiento.

Recuerdo muy bien otro caso, que fué casi antitético del anterior, en el que también un cirujano fué el paciente, pues sus dedos se hallaban expuestos á menudo al riesgo de la inoculación.

En un tercer caso se me consultó con motivo de una úlcera fagedénica en el dedo de un muchacho, el cual curó también por la aplicación del nitrato ácido. El paciente contaba sólo diez años de edad, y había de considerarse como muy poco probable que la úlcera fuese venérea. Debo añadir, sin embargo, que era hijo de un cirujano, y que, por lo tanto, estaba en lo posible que se hubiera inoculado por el contacto de una toalla ó esponja del padre. Es seguramente muy raro que las escoriaciones ó heridas del dedo adquirieran la forma fagedénica en circunstancias en que el peligro de la infección venérea no parece relacionarse con el hecho.

COMENTARIO XXIII

De los errores que resultan al tratarse de apreciar la frecuencia relativa de las diversas formas del chancro primitivo

Se han publicado muchos documentos estadísticos sobre la

relativa frecuencia de los chancros infectantes y los que no lo son; pero, á menos de que se hayan registrado muy cuidadosamente los casos individuales citados, los datos que resultan deben conducir á error. En primer lugar se deben excluir todos los casos en que el período de incubación no sea completo, puesto que la úlcera clasificada hoy de *blanda* puede ser dura al cabo de una ó dos semanas. Además de esto, el médico no debe confiar demasiado en sus facultades de diagnosticador, y ha de reconocer el hecho de que la induración se presenta con frecuencia mal marcada y es de condición muy transitoria. Debe observar sus casos, y no incluir ninguno en la serie de los chancros no infectantes, á menos de estar seguro, por un continuado examen, de que no siguieron manifestaciones constitucionales de infección. Diariamente sucede que los pacientes se presentan para curarse la sífilis constitucional, alegando que el médico que vió el chancre dijo que era blando. En muchos casos semejantes asertos pueden suponer falta de experiencia, pero no siempre sucede así. En la estadística á que me he referido es esencial notar si el paciente ha tenido ó no sífilis antes, puesto que las particularidades de su chancre pueden estar en relación con un primer ataque. Si esa estadística se ha hecho solamente contando los resultados del diagnóstico á la primera presentación del paciente en algún establecimiento público, repito que los datos no tendrán ningún valor desde el punto de vista científico.

COMENTARIO XXIV

Caso en que á los bubones del brazo siguió la sífilis, aunque no se había observado nunca chancre alguno

He visto bastantes casos de sífilis en que el paciente alegó no recordar de haber aquejado nunca ningún chancre. Algunas veces la demostración negativa era muy marcada; y como que las circunstancias indicaban la mayor candidez por parte

del paciente, nunca pude hacer una conjetura plausible sobre el sitio en que debió estar la úlcera primitiva. En el caso de que haré mención ahora, los hechos parecen indicar que es posible que el virus sea absorbido en alguna parte de la mano y produzca un bubón con síntomas constitucionales, sin que se halle en el paciente chancro alguno, si es que lo hubo.

Un médico muy inteligente, de mediana edad, casado y padre de niños muy robustos, me consultó sobre el engrosamiento de unas glándulas cerca del codo. Una de ellas supuraba; y después de haberse evacuado cierta cantidad de pus, se curó, pero conservándose dura. Las glándulas de la axila se induraron también, pero manteniéndose sin engrosamiento y sin tendencia á la inflamación. Le examiné las manos cuidadosamente y no encontré úlcera alguna, así como él tampoco lo había observado. Renunciando á mis sospechas sobre la sífilis, le envié á orillas del mar para que su salud mejorase; pero allí empeoró, tuvo fiebre, y síntomas de trombosis de las venas de las piernas; síntomas que terminaron con el desarrollo de la erupción sifilítica, con úlceras en las fauces y placas en la lengua. Cuando se me presentó otra vez, no podía quedar ya la menor duda acerca del diagnóstico. Entonces examiné el pene y las ingles, sin encontrar vestigio alguno de chancro ó infarto de las glándulas en dichas partes; pero aun estaba presente el bubón del antebrazo. El paciente recordó entonces que, unas seis semanas antes de que las glándulas comenzasen á infartarse, había asistido al alumbramiento de una mujer que padecía sífilis. Todos los síntomas cedieron muy pronto con el uso del mercurio. Yo hice un dibujo de su lengua, como de un buen ejemplo del verdadero psoriasis sifilítico de este órgano, pues no podía darse otro caso más perfecto. La erupción de dicho órgano coincidía con la de la piel, y también desapareció con el uso del mercurio.

En este caso es seguro que el paciente tenía sífilis. No era nada probable que hubiese un chancro del pene; pero esto no impedía que hubiese bubones en el brazo, que no se explicaban sino considerando como causa la absorción del virus en alguna parte de la mano.

Podemos conjeturar que este virus se introdujo por deba-

jo de una de las uñas, pero sin ocasionar chancro alguno. Lo más extraño es que, faltando la irritación local, hubiera supurado el bubón.

COMENTARIO XXV

Ejemplo de un chancro al parecer insignificante

Hacia la misma época en que traté al paciente del comentario anterior, pude observar otro caso que nos da á conocer la aparente insignificancia del chancro primitivo algunas veces. Un tocólogo, á quien había yo tratado nueve meses antes con motivo de un chancro en el dedo, me presentó á una de sus clientes, á quien temía haber infectado. Era una señora á quien examinó cuando tenía dicha úlcera en el dedo, aunque sin sospechar su verdadera naturaleza. Cuando vi á la paciente, padecía, sin la menor duda, sífilis constitucional. El chancro primitivo era una manchita del tamaño de un guisante, y estaba precisamente en el sitio donde el dedo se había apoyado para dilatar la vulva. La paciente conocía su presencia; mas no hizo aprecio, porque nunca se ulceraba ni producía molestia alguna, como no fuese un ligero prurito. Sin embargo, había induración, aunque no abultamiento en las glándulas.

COMENTARIO XXVI

Un caso de sífilis sin chancro ni bubón

El médico en quien recayó ser el caso, me facilitó la siguiente nota, y podría citar otros en los que tuve oportunidad de examinar los órganos genitales algunos meses después de la fecha probable del contagio. Esta clase de pacientes suelen ser siempre médicos. Aunque se admite que

los chancros de los órganos genitales pueden desaparecer pronto sin dejar señal, en los casos de que hablo el hecho negativo se confirma por el testimonio de los pacientes. En este ejemplo, y en otros, creo del todo en la afirmación de mi enfermo cuando dice que no se había expuesto al peligro; y aquí citaré sus propias palabras, añadiendo algunos pormenores de interés.

«En 1867, ocho años después de mi casamiento y á los cuarenta de edad, no me había quejado nunca de *mal venéreo*; pero de pronto comencé á languidecer y creí que estaba infectado de una tifóidea. Una mañana, cuando me disponía á lavarme, mi esposa me hizo notar que estaba todo lleno de manchas, y entonces vi que tenía el cuerpo cubierto de roseola. Consulté á dos médicos amigos míos, y ambos me aseguraron que aquello era una sífilide. Yo protesté, diciendo que era imposible, pues no había tenido chancre de ninguna especie. Mi salud empeoró, y, habiendo consultado con el doctor L., le rogué que me examinara. Hízolo así, y me dijo también que tenía sífilis. Poco después se me ulceró la garganta, el cabello comenzó á caer, y, á pesar mío, hube de aceptar la única explicación de mi estado. El doctor L. me examinó cuidadosamente, mas no pudo hallar señal ninguna del chancre primitivo; y hasta la fecha no podía comprender cómo el virus había penetrado en mi cuerpo, aunque estaba seguro de tener un verdadero ataque de sífilis.

»Debo añadir que mi esposa había tenido cinco hijos, nacidos respectivamente en 1860, 1862, 1863, 1866 y 1870. El primero murió en la infancia por efecto de una diarrea. En 1869 mi esposa enfermó, y al examinarla (había tenido una ligera hemorragia vaginal) el doctor L. y yo observamos una ulceración específica en el cuello del útero. El niño que dió á luz estaba atacado también de sífilis; y así se confirmó, por desgracia, la verdad del diagnóstico.

»Me sometí al tratamiento de las unciones, sin más efectos que una ligera mejoría en la salud; pero al fin me restablecí, mi esposa estuvo bien desde entonces, y el niño echó los dientes sanos y normales.

»Lo que deseo es que reconozcáis que tuve un verdadero

ataque de sífilis, sin señales de *ninguna lesión local*, y sin haber probabilidades de infección, como no fueran las comunes á todos los médicos en el legítimo ejercicio de sus funciones.»

Puedo añadir que no presentó infartos glandulares, ni tampoco irritación sino en el cuello por efecto de la ulceración de la garganta.



CAPITULO II

Casos y comentarios respecto á hechos de la sífilis secundaria

COMENTARIO XXVII

Dolores reumatóideos en el curso de la sífilis secundaria
¿Son debidos al uso del mercurio? Cuestión del tratamiento

Los llamados dolores osteócopos ó reumatóideos de la sífilis, son muy comunes, como se sabe muy bien, en el período secundario; y en algunos casos predominan sobre todos los demás síntomas por lo muy agudos. Cuando esto sucede, es probable que el paciente se halle bajo la influencia de la diatesis artrítica y que haya estado expuesto á las causas ordinarias de reumatismo. Los dolores no se limitan á los huesos ó á las articulaciones, sino que afectan unos y otras, así como también los músculos. Como un buen ejemplo voy á citar un caso.

En junio de 1880 se sometió á mi tratamiento un robusto joven escocés atacado de sífilis primaria. Tomó el mercurio, y excepto algunas placas en la lengua, etc., no tuvo síntomas secundarios; pero en el mes de setiembre experimentó fuertes dolores en los huesos, y al mismo tiempo aparecieron úlceras en las amígdalas. Estos síntomas siguieron á una noche en

que el paciente estuvo expuesto á un frío muy riguroso al cruzar el mar de Irlanda. No se resfrió entonces, pero los dolores siguieron; y, según me dijo, afectaban á la vez los huesos, los músculos y las aponeurosis. Durante muchas noches no pudo dormir, y, sin embargo, había poca ó ninguna tumefacción de las articulaciones. Temí mucho que del ataque pudiera resultar un reumatismo agudo, pues había antecedentes de familia. El ataque se desarrolló mientras el paciente tomaba mercurio, y yo vacilaba sobre si debía continuar prescribiendo este medicamento ó desistir de él. Aunque podía muy bien andar por la calle, y deseaba ir á su oficina, insistí en que no saliera de su habitación. El tratamiento con opio é ioduro no produjo efecto ni alivio alguno durante quince días; y al fin de este período prescribí el mercurio combinado con los otros dos medicamentos, consiguiendo así que el paciente se restableciera poco á poco. Cuando estuvo libre de los dolores en los miembros, quejóse de que los tenía en la espalda; mas éstos desaparecieron al fin, y el enfermo recobró del todo la salud. Cuando los dolores de esta especie se presentan durante el tratamiento mercurial, siempre es muy difícil decir si son debidos ó no á dicho agente; y siempre será bueno esperar, administrando entre tanto el ioduro. Es esencial que el enfermo permanezca en una habitación bien abrigada, y siempre se debe administrar el guayaco y el opio. Este caso demuestra que es conveniente perseverar en el mercurio.

COMENTARIO XXVIII

Del daño que sufren los tejidos por efecto de la fiebre sífilítica

El estado en que la sífilis deja todos los tejidos susceptibles de experimentar el resultado de todas las causas comunes de irritación, se demostró perfectamente en el caso de un caballero sueco, que, á consecuencia de usar camisetitas de lana en verano, experimentó una copiosa erupción de liquen. Hacía

dos años que había sido tratado para curarse la sífilis, y díjome que estaba desesperado, porque si fumaba le salían úlceras en la boca, y si trabajaba le dolía la cabeza, cosas que no le sucedieron nunca antes de padecer la sífilis.

Aunque no podía dudar que aquel caballero estaba en lo justo al atribuir sus molestias á la fiebre sifilítica por que pasaron sus tejidos, complácime en reconocer que el hecho era muy excepcional. Una gran mayoría de las curaciones de la sífilis por el mercurio son muy satisfactorias, y el paciente recobrará tan buena salud ó mejor que la que antes tenía. Sin embargo, sería de todo punto imposible prever hasta qué punto la sífilis influirá en los tejidos. Es común una forma peculiar de cefalalgia, sobre todo si los individuos que padecieron sífilis se exponen á un sol demasiado fuerte. El psoriasis palmar se produce á veces por la irritación que ocasiona la sombrilla ó el bastón. Las úlceras de la lengua podían resultar muy bien de la costumbre de fumar; y, por último, el roce de una nueva camiseta de lana, ó una transpiración abundante, son susceptibles de ocasionar erupciones en el tronco.

COMENTARIO XXIX

Sobre la tendencia á los tumores papilares en el período secundario de la sífilis

La tendencia á los tumores papilares observada en algunas personas en grado notable mientras están bajo la influencia de la sífilis, se demostró muy bien en el caso del paciente M. D. Este caballero gozaba de perfecta salud cuando contrajo la sífilis en noviembre de 1884. Visitado por varios médicos, administráronle el mercurio y los ioduros, si bien con intermitencias. Yo le visité en marzo de 1885, y entonces aquejaba condilomas alrededor del ano, en el escroto y en el pene, presentando, cerca del segundo, grupos de verrugas papilares de color pardusco. Veíanse, además, úlceras simé-

tricas en las amígdalas, de bordes elevados, y así las palmas de las manos como las plantas de los pies se descamaban poco á poco. Le receté el mercurio en forma de pomada para fricciones. Con esto comenzó á salivear muy pronto, y entonces desapareció la erupción papilar; pero la lengua y la mucosa de la boca se cubrieron de ulceraciones peculiares (esto era una prueba de que las unciones pueden afectar la boca tan inconvenientemente como la administración por el estómago).

En junio volvió á tener condilomas en el ano y placas en los labios y mejillas.

En noviembre estaban ya curadas las úlceras del ano, y la boca quedó bien, salvo unas largas líneas de vegetaciones papilares á los lados de la lengua, y placas similares en las encías y mejillas, cerca de los últimos molares.

Estas placas presentaban un carácter muy particular: era una forma que variaba entre el verdadero condiloma y la verruga. Caracterizábanse por su color muy blanco, y parecían un pedazo de coliflor aplanado. El Sr. D. había seguido fumando; y así se explicaba, sin duda, que su boca fuese la única parte en que los síntomas persistían. Sólo le quedaron en la piel algunas verrugas, y hallábase muy bien en todo lo demás. Durante muchos meses había tomado el bicloruro en combinación con el ioduro.

COMENTARIO XXX

Caso de neuro-retinitis en el período secundario

En la persona de la señora G. observé un caso de neuro-retinitis en el período secundario, de la cual resultó la ceguera de un ojo. La paciente contaba un año de casada cuando yo la vi. Su médico, que me había enterado del caso por escrito, díjome que, tres meses antes de casarse, esta señora tuvo la garganta ulcerada y una erupción, que al principio se calificó de escarlatina, y la cual cambió de carácter al poco tiempo. La paciente experimentó una fuerte cefalalgia y mucha

fiebre, y hubo de guardar cama tres meses. Su médico sospechó entonces la verdadera naturaleza de la enfermedad, y prescribió el mercurio hasta que se presentó un ligero ptialismo. Con esto se alivió el dolor de cabeza, mejorando la salud general; y la erupción, que era del tipo varioloide, desapareció también, aunque no sin dejar cicatrices en la cara, numerosas sobre todo en la frente y en las sienes. Como sus encías habían estado ulceradas varias veces, se cansó del tratamiento y tomó el medicamento con irregularidad. En setiembre, es decir, al séptimo mes de su enfermedad, perdió rápidamente la visión del ojo izquierdo, y en noviembre apenas podía distinguir entre la oscuridad y la luz con el ojo afectado; mas, á pesar de esto, la pupila no se dilató mucho cuando la otra estaba cubierta, y continuó funcionando bien. Al proceder á un examen con el oftalmoscopio, observóse que los bordes del disco aparecían confusos, y que la retina adyacente, en bastante extensión, estaba opaca y era de color gris mate. Toda la región de la mancha amarilla presentaba el mismo caracter empañado. La retina del otro ojo estaba casi sana, y la visión era buena. No había tenido afección alguna del oído; y, excepto los de la vista, todos los síntomas habían desaparecido completamente. La paciente estaba muy pálida y débil, y perdió en gran manera la salud durante su larga enfermedad. Cito este caso principalmente para demostrar que los tejidos nerviosos pueden sufrir en el período secundario.

COMENTARIO XXXI

*De una forma peculiar de coroido-retinitis lentamente
progresiva*

Hay algunos casos, muy raros, que se presentan así en la sífilis adquirida como en la hereditaria, y en los que un proceso de coroiditis crónica puede ser lentamente agresivo durante muchos años. Debería llamarse *coroido-retinitis*, pues

las retinas y los nervios ópticos quedan afectados, aunque el peso de la dolencia recae principalmente en la coroides. Una parte de los cambios producidos se asemejan mucho á los de la retinitis pigmentosa. La analogía con esta última enfermedad es mayor cuando la enfermedad depende de la sífilis hereditaria en vez de la adquirida. Los dos ojos no padecen nunca igualmente, y á veces se pierde uno prácticamente algunos años antes de que el otro sea atacado. Este accidente se origina algunas veces en el período secundario.

COMENTARIO XXXII

Caso que demuestra la presentación de una periostitis en el período secundario; y también el descubrimiento tardío del chancro.

En la persona de M. W. se dió un buen ejemplo de la precoz formación de exostosis. Este caballero, que estaba casado y no había padecido nunca antes sífilis, consultó con el doctor G. sobre un dolor agudo que aquejaba, con tumefacción de la cresta de la tibia. El doctor G. le dijo que aquello era sífilis y no gota, y entonces el paciente mostró una ulcerita que tenía en el glande, cerca del frenillo, así como una erupción que invadía su cuerpo. El médico aplicó un cáustico al chancro, prescribiendo después el ioduro de potasio. Al cabo de una semana, todo el dolor en la tumefacción de la tibia había desaparecido por completo, pero la erupción persistía; y el paciente, convencido ya de que se trataba de sífilis y no de gota, se presentó á mí poco después. El Sr. W. no recordaba con exactitud las fechas; pero, después de esforzar la memoria, parecióle que sólo se había expuesto una vez al peligro unos tres meses antes de visitarme á mí. Pensaba haberse presentado su erupción seis semanas después, y que la periostitis se había manifestado quince días más tarde. Lo más singular de la historia es que no había observado chancro alguno hasta una semana antes de consultar con el doctor G., y

que durante este intervalo siguió cohabitando con su esposa. La úlcera, en su concepto, había supurado, y no había habido induración. Cuando yo le vi, había sufrido la cauterización unos quince días antes, y no había dureza. Las glándulas de la ingle estaban ligeramente abultadas, y hallé una erupción que participaba á la vez de papulosa y eritematosa. También tenía úlceras simétricas en las amígdalas. No cabe duda de que en este caso un hombre inteligente, bien prevenido, había atravesado el período primario de la sífilis sin notarlo. El Sr. W. estaba seguro de no haber notado la menor señal de úlcera hasta dos meses y medio después de la exposición, y que la erupción secundaria y la periostitis precedieron al descubrimiento del chancre. Esto no prueba, sin embargo, que no existiera antes: probablemente había también alguna induración, la cual no se reconoció hasta que se hubo ulcerado. Examiné cuidadosamente su cuerpo para ver si había algún chancre en alguna otra parte; pero no le encontré. Respecto á lo temprano de la periostitis, es curioso notar que así el padre del paciente como su abuelo habían sido tratados por el doctor G. para curarse de la gota y del reumatismo. El mercurio bastó para que desaparecieran el chancre, la erupción y las úlceras de la garganta.

COMENTARIO XXXIII

Nódulos simétricos en la tibia durante el periodo secundario de la sífilis

El ayudante de un químico se me presentó una vez para consultarme sobre una *inflamación de los tobillos*. Más arriba de cada uno de ellos, en la parte inferior de la tibia, veíase una tumefacción blanda; y, aunque en conexión con el hueso, diferían ambas de los nódulos periósticos comunes, siendo principalmente exudaciones en los tejidos blandos. El paciente tenía aquello hacía tres semanas, sin haberlo reparado antes. Al principio no supe qué determinar; pero después observé

algunas manchas oscuras en las piernas, y luego de practicar un detenido examen reconocí una erupción sífilítica. El paciente quedó muy admirado cuando le di á conocer la naturaleza de su mal, y me aseguró que no había tenido nunca el menor chancre, aunque confesó que se había expuesto al peligro. Examinado el pene, no encontré nada, como no fuera una ligera irritación producida por una balanitis. No había cicatriz ni señales de induración, la erupción se había presentado una semana antes del dolor en los tobillos y terminó al cabo de un mes.

No quedaba la menor duda en cuanto á la naturaleza de la erupción, y todos los síntomas subsiguientes desaparecieron con el tratamiento.

COMENTARIO XXXIV

*Enfermedad del hígado con ictericia, seguida de muerte
por coma en el periodo secundario de la sífilis*

En las *Memorias patológicas de 1867*, el doctor Wilks recordó el caso de una joven que murió atacada de coma cuando aun aquejaba una erupción sífilítica secundaria, erupción que duraba hacía seis meses y que fué acompañada de ictericia. El hígado pesaba 46 onzas, tenía un color amarillo opaco, su consistencia era muy densa, y estaba infiltrado por una materia fibroide nuclear, bastante análoga á la descrita por Gubler y otros en la sífilis infantil.

Al comentar este caso, el doctor Wilks nos da muchos detalles interesantes respecto á la producción de la ictericia dependiente de la sífilis, y cita el caso de un joven en quien se manifestó entre los primeros síntomas secundarios. En este caso fué seguida de albuminuria y de una copiosa sífilide, y al fin se restableció el paciente al cabo de cinco meses de tratamiento.

COMENTARIO XXXV

Sobre casos de inusitada gravedad en el período secundario

El siguiente caso nos da á conocer muy bien lo que podemos llamar *idiosincracia*, en cuanto se refiere á la gravedad de la sífilis. Un caballero, de treinta y seis años de edad, casado con una mujer intemperante y disoluta, contrajo de ella la sífilis en junio de 1884. Aquejaba un chancro duro, cuyo diagnóstico no se hizo en un principio y del cual cuidó muy poco. Después de curarse, al parecer, reprodujose y se hizo fagedénico, presentándose en el paciente, además, una erupción secundaria que á los pocos meses tomó el tipo de la rupia, persistiendo, á pesar del tratamiento de todo un año. Al fin de este tiempo, en vez de curarse, las úlceras se hicieron lupoides (ó serpiginosas). En tal estado le vi yo; y aunque había tomado mucho ioduro, y se había presentado varias veces la estomatitis mercurial, aun estaba cubierto de sífilides. Muchas de las úlceras rupioides se habían curado, pero otras quedaban cubiertas por la costra, habiéndose extendido algunas en considerable espacio. El paciente estaba flaco y caquéctico, y la parte inferior del glande habíase destruído por el fagedenismo, quedando la uretra abierta. Esto prueba la asociación de un chancro fagedénico con una erupción rupioide secundaria; y no había nada en los antecedentes del enfermo para explicar el hecho, porque era hombre de costumbres arregladas y había disfrutado antes de excelente salud.

COMENTARIO XXXVI

Lupus manifestado en el período secundario de la sífilis

En el caso de una tal H., que se presentó en mi consulta en marzo de 1884, se vió un notable ejemplo de lo pronto que

puede presentarse el lupus sífilítico. La nariz de la paciente estaba corroída en cada ala y la punta destruída, exactamente como sucede con el lupus común; las placas de la cicatriz y la inflamación lupoide se extendían por las mejillas y el labio superior. La paciente parecía estar segura de que la sífilis que había causado esta ulceración había durado sólo diez meses. Su esposo había vuelto á reunirse con ella en marzo del año anterior, y la mujer consultó al doctor Batteson, en 14 de mayo, con motivo de un chancro y un infarto de las glándulas de la ingle, acompañados de erupción. Esta última y las ulceraciones de la garganta eran muy intensas.

La paciente había sido tratada con específicos, pero de una manera irregular, y durante la cura tuvo muy poca salud. Cuando se hallaba en tal estado, seis meses después de la afección primaria y haberse curado las úlceras de la garganta, la inflamación lupoide atacó la nariz.

Podemos suponer un error el que la mujer hubiese tenido un ataque anteriormente. No recuerdo haber visto nunca ninguna erupción tan semejante al lupus y que se produjera en tan temprano período. La energía con que la afección atacó á la paciente, ya desde los síntomas secundarios, hacía probable, sin embargo, que aquel fuera el primer ataque, no habiendo antecedentes de ningún otro.

COMENTARIO XXXVII

Accidentes que se consideran terciarios y se presentan á menudo muy pronto.

Puedo hacer mención de muchas lesiones precoces de diversos tejidos que generalmente se han considerado como terciarias, pero que de hecho se manifiestan á menudo en los primeros períodos. Así, por ejemplo, el sistema nervioso queda con frecuencia atacado el primer año, y hasta dentro de los primeros seis ú ocho meses. La neuro-retinitis, estado que se demuestra fácilmente por el oftalmoscopio, se presenta casi

siempre muy pronto, é inútil me parece decir que debe distinguirse de la neuritis, la cual queda limitada á la papila y va acompañada de lo que se conoce con el nombre de *disco comprimido*, por lo general sintomático de un goma intracraneano. Fournier ha descrito lesiones de la sensibilidad, acompañadas de percepción defectuosa del dolor, muy comunes, según dice, en el período secundario. Los ataques de paraplegia y de parálisis cerebral que resultan de la alteración de las arterias, se presentan también en el curso de la enfermedad, y estoy seguro que mucho más pronto de lo que generalmente se cree, manifestándose á menudo dentro del período secundario. Cuando ocurre aquella terrible forma de inflamación del oído interno que conduce á la completa sordera, casi siempre es en el mismo período de la enfermedad en que se manifiestan las inflamaciones del ojo, es decir, en la segunda mitad del primer año. Otros ataques menos rigurosos y más transitorios, que afectan el oído, van acompañados de sordera. Aunque los resultados de la coroiditis exudativa no se reconocen con frecuencia hasta en período mas tardío, el ataque primario ocurre casi siempre dentro de los primeros diez y ocho meses; y á veces sucede que el médico puede comprobar en este período, muy claramente, la existencia de gomas múltiples en dicho órgano. De tales demostraciones podemos inferir la naturaleza de los cambios susceptibles de producirse en el mismo período en otros tejidos del mismo género, como, por ejemplo, en la pía madre.

COMENTARIO XXXVIII

Síntomas de mielitis aguda desarrollados repentinamente al séptimo mes de la sífilis; pérdida completa del movimiento y parcial de la sensibilidad, con mucho aumento de la irritabilidad refleja.

En febrero de 1886 fuí llamado en consulta con el doctor Z. para visitar el señor M. Estaba en cama y no podía hacer uso

de sus extremidades inferiores; habiendo aumentado de tal modo la irritabilidad refleja, que sus piernas se retorcían de vez en cuando mientras yo hablaba con él. Estas contracturas iban acompañadas de mucho dolor. Había que apelar al cateeterismo vesical día y noche, y era muy grande la constipación. Tenía la lengua muy cubierta, y faltaba el apetito; pero no se quejaba de ningún fuerte dolor en el espinazo. A pesar de la morfina, pasaba muy malas noches. Al descubrir sus miembros inferiores reconocí que la sensibilidad era escasa más abajo del nivel del ombligo, pero no estaba abolida del todo. El más ligero contacto ocasionaba un movimiento reflejo, si bien los músculos no podían levantar las rodillas. Una mano fría aplicada á sus pies le era agradable y parecíale caliente. No comprobé su sensibilidad tan en detalle como hubiera podido hacerlo, á causa de los dolores que al tocarle le hacía experimentar. En cuanto á las sensaciones subjetivas, dijo que sus miembros inferiores estaban embotados y torpes y su espinazo muy débil, pero sin experimentar sensaciones de «alfilerazos ó punzadas» en los primeros. Los antecedentes se reducían á que había padecido sífilis primaria en el mes de junio anterior, es decir poco más de siete meses antes. El tratamiento había sido irregular, pero el 15 de noviembre se le presentó una abundante salivación. En esta fecha se manifestó también una erupción secundaria que desapareció con el ptialismo, quedando aparentemente restablecido el enfermo. En diciembre hizo un viaje, del que volvió en enero; y nueve días antes de que yo le viera, observó una mañana que sus piernas estaban muy débiles, tanto que no podía sostenerse en pie. Entonces consultó con el doctor Z., que prescribió las píldoras azules y el ioduro de potasio. La parálisis avanzó rápidamente, afectando la vejiga y reduciendo al paciente al estado antes descrito. Un amigo que le había acompañado hasta el día antes de presentarse la parálisis, dijo que parecía estar muy bien la noche anterior y que no observó nada, como no fuese que se quejaba de frío, mientras que los otros se lamentaban del calor. Era evidente, pues, que su paraplegia había avanzado muy rápidamente, llegando á hacerse completa en siete días. Resolvimos dar al paciente doce centigramos de píldoras

azules con sesenta de ioduro de potasio cada cuatro horas.

Vi al señor M. otra vez en marzo. Su estado era poco más ó menos el mismo, pero la susceptibilidad refleja había disminuído mucho. Después de tomar las pildoras y la mixtura, no se presentó ptialismo. Su lengua estaba rubicunda en toda la superficie, y con grietas aquí y allá y ausencia de las papilas de los lados. Sentía el contacto del dedo en casi todas las partes de las extremidades, y podía mover un poco la pierna derecha, pero no la izquierda. Después de dicha fecha se llevó adelante el tratamiento mercurial, afectándose las encías; pero sólo se alivió un poco la paraplegia: la temperatura era normal.

COMENTARIO XXXIX

Caso de erupción varioliforme relacionada con la sífilis secundaria.

Mi colega M. Adams tuvo la bondad de facilitarme los pormenores de un caso en que una erupción sifilítica se asemejaba tanto á la viruela, que el diagnóstico fué al principio imposible. «Los hechos se observaron de la manera más cuidadosa, y puedo asegurar que vi al paciente de continuo. Era un joven médico. La afección primaria había consistido en dos chancros en el lado derecho del glande. El uno apareció á las tres semanas del contagio, y quedó curado en una semana sin induración; siguiéndose el otro casi inmediatamente, con induración típica. Las glándulas de la ingle derecha supuraron, y las de la izquierda no se resintieron. El paciente tomó el polvo gris durante tres meses, pero sólo se afectaron ligeramente las encías.

«No se presentaron señales de erupción hasta seis meses después, y cuando hacía dos que había dejado de tomar el mercurio. En noviembre de 1881 aparecieron algunas manchas en la cara y en la parte superior del tronco. Al día siguiente estaba muy mal, y la temperatura subió por la noche á 38°. Al otro día, la cara, el pecho y los brazos estaban cubiertos de una

erupción papulosa muy dura. *Por una rara coincidencia, el paciente había permanecido en el hospital de variolosos, durante algunas horas, unos diez días antes;* lo cual contribuyó á que el diagnóstico fuera más difícil. El doctor Mackenzie vió el caso conmigo, y convenimos en que no era posible emitir una opinión positiva hasta pasados algunos días. También observamos varias pústulas, ó más bien vesículas, en el paladar blando, así como una úlcera en la amígdala derecha; pero el aspecto de la garganta no era especialmente característico.

«A los pocos días la temperatura comenzó á ser normal, y las manchas, en vez de convertirse en pústulas, cedieron poco á poco, convirtiéndose en una ligera sifilide papulosa.»

La erupción, en este caso, fué tan aguda, y la temperatura febril tan marcada, que podía sospecharse que tal vez trabajaban á un tiempo los dos venenos específicos, modificándose entre sí.

COMENTARIO XL

Psoriasis palmar en el período secundario

En la persona de un caballero que había aquejado un chancro labial observé un caso muy marcado de psoriasis palmar del período secundario. En ambas palmas de las manos había numerosas placas pequeñas, algunas de ellas tan duras como un callo, pero ninguna más grande que un guisante, notándose poca ó ninguna congestión á su alrededor. También hallé placas escamosas en el antebrazo, de la dimensión de media peseta, y una erupción eritematosa en la cara y el tronco. El chancro, que estaba en el labio, no había desaparecido aún, y debajo de la barba había una glándula indurada. El chancro duraba hacía tres meses.

CAPITULO III

Comentarios sobre las diversas formas de fagedenismo y sobre las relaciones entre el fagedenismo sifilitico y la gangrena hospitalaria

COMENTARIO XLI

Sobre el fagedenismo en general y su tratamiento

Podemos casi decir que el fagedenismo es, en el sentido literal de la palabra, un accidente de la sífilis, no siendo posible atribuirlo á otras causas. Puede presentarse en los individuos de salud robusta en quienes no se había manifestado ninguna particularidad. Cuando se ha combatido con el tratamiento, no manifiesta tendencia á repetirse, y así se confirma la creencia de que es local más bien que constitucional. Un paciente puede tener un chancro que nunca indique tendencia á la acción fagedénica, manifestándose después otro á los pocos años que la tiene muy marcada, y luego un tercero que no la manifiesta. Aun es más concluyente el hecho de que un hombre puede tener una úlcera fagedénica en una pierna, que más tarde presente el tipo de una úlcera con buenas granulaciones.

Hablo en vista de lo que he podido observar cuidadosamente. Así, por ejemplo, creo que podemos asegurar que la inflamación fagedénica no adquiere siempre sus particularidades del estado de la economía del paciente. Es probable que se presente en un chancro sifilítico, que, habiéndose inflamado, se irrita después ó se descuida respecto á la limpieza. La retención de los productos inflamatorios, como en el caso de un chancro oculto por el prepucio, es la influencia que parece más poderosa. En muchos casos de chancros inflamados, las condiciones se asemejan mucho al fagedenismo; pero la tendencia se contiene si se atiende con tiempo á la limpieza ó al uso de los específicos. La inflamación precede siempre al fagedenismo; y, á decir verdad, este último es simplemente una inflamación que se ulcera con producto de una secreción contagiosa é infectiva, así para los tejidos inmediatos como para las heridas que haya en otras partes ó aquejen otros individuos. La inflamación fagedénica puede presentar los grados más variables de intensidad, pero su naturaleza es siempre la misma. Aunque muchos hechos parecen demostrar que es de origen local más bien que constitucional, según ya he dicho, y se produce por el contagio local, debe admitirse, sin embargo, que las influencias constitucionales son á veces necesarias para la curación. Entre diez casos nueve, es probable que el tratamiento local dará buen resultado, siendo negativo en el otro.

Nada de lo que yo he visto me induciría á tener mucha fe en el opio ó en el hierro, aunque los dos tienen sus partidarios. Si los remedios locales no producen efecto, lo mejor será enviar al paciente á la orilla del mar. Jamás he visto un solo caso de fagedenismo que atacara un chancro, sin que éste cediera muy pronto á los remedios locales, administrados con la ventaja que da el aire de mar.

El principio de todo tratamiento local consiste en suprimir la secreción de la úlcera. En algunos casos el iodoformo lo efectuará muy pronto, y en otros muchos puede bastar una simple cauterización con el ácido nítrico. El método de inmersión, tal como se practicaba antes en Viena para las quemaduras graves, no produce dolor, y es á menudo muy satis-

factorio. Creo que yo fuí el primero en usar este tratamiento contra el fagedenismo, y repetidas veces he tenido un paciente de continuo en un baño de asiento por espacio de diez días ó más; pero durante la noche se puede dormir algunas horas.

En muchos casos, la inmersión durante dos ó tres días bastará para deterger la úlcera. Sin embargo, he observado dos ó tres veces que el fagedenismo resistió á la inmersión y á la cauterización, ó, por lo menos, que la curación no fué completa, habiendo sido necesario enviar al paciente á la orilla del mar. En todos los casos, no obstante, los citados medios fueron suficientes para cambiar del todo el carácter de la úlcera y contener en su mayor parte toda destrucción activa, aunque no se realizara la curación. En algunos pocos casos crónicos, el iodoformo produjo los mejores efectos desde luego, cuando otros remedios no dieron resultado.

En caso de fagedenismo no sifilítico, sostengo que desde el principio hasta el fin es una afección local. No conozco condiciones constitucionales que predispongan á él, ni remedios encaminados á obtener la salud general, que influyan definitivamente en su curso. En el fagedenismo sifilítico debemos pensar en ambas cosas. Es preciso prescribir al paciente remedios específicos, y muy en particular el ioduro de potasio, y también conviene tratar el elemento fagedénico con remedios locales apropiados. Por regla general no podemos curar el fagedenismo sifilítico con un remedio solo. Los medios locales á que me refiero son aquellos que tienden á impedir el contagio continuo de la herida por sus propias secreciones. Si nos deshacemos de las células de pus, etc., bien por el sistema de inmersión ó tratándolas con algún cáustico, pronto observaremos que la úlcera comienza á parecer sana con tal que hayamos introducido al mismo tiempo un específico en la sangre.

En los casos que no son de origen sifilítico, los medios locales bastan; y así veremos que la ley bajo la cual persiste el fagedenismo en una herida en que se originó una vez, bien haya sido su origen autógeno (es decir, sifilítico) ó ya proveniga de contagio, es la misma que aquella por la cual se comunica de un individuo á otro: es la naturaleza contagiosa de la secreción producida. No creo que exista la menor prueba en

apoyo de la creencia de que se puede extender por infección, es decir, á través de la atmósfera; pero es sumamente probable que las células de pus, producidas en una úlcera fagedénica, sean virulentamente contagiosas, y ocasionen, ya en los tejidos del mismo paciente ó en los de otra persona, un tipo de inflamación del todo semejante. Si la secreción de un chancre sifilítico en estado fagedénico se trasfiere á un individuo sano, obtendremos como resultado el fagedenismo; pero, con toda probabilidad, nunca la sífilis. Parecería que la acción fagedénica basta para destruir la vitalidad del virus sifilítico, ó tal vez destruyendo los tejidos lo detiene, impidiendo así su multiplicación.

COMENTARIO XLII

Caso de fagedenismo curado con el tratamiento por la inmersión

Un caballero de treinta y dos años de edad, de costumbres arregladas y de constitución robusta, tuvo un primitivo chancre en marzo de 1869, chancre que destruyó pronto el frenillo, pero que pareció curarse bajo la influencia del ioduro de potasio y el hierro. Sin embargo, ocurrió una recidiva, y la mitad inferior del glande quedó atacada por la gangrena. Dos meses después del contagio el paciente pasó á la ciudad; y, á pesar del repetido empleo del ácido nítrico, casi todo el glande quedó destruido, presentándose además dos úlceras rupioides, una en la mejilla y otra en una pierna.

Como la recidiva había acaecido mientras el paciente tomaba el ioduro á la dosis de sesenta centigramos, se dejó el remedio á un lado, tratándose el fagedenismo con el opio, del cual llegó á tomar dosis de hasta cuatro gramos de láudano cada cuatro horas, sin abstención de los estimulantes. Yo prescribí el ioduro á la dosis de sesenta centigramos, con sal amoníaco, disponiendo que se dejara el opio á la vez que los estimulantes, y que el enfermo se sentara en un baño caliente noche y día. Hízolo así, excepto un breve reposo en la cama,

durante la noche, por espacio de quince días. El fagedenismo no se extendió desde el día en que se comenzó este tratamiento, y al fin se curó la úlcera muy bien, así como las dos úlceras rupioides, que cedieron al ioduro, sin seguirse otros síntomas secundarios.

Este caso demuestra la inutilidad del opio, aun á grandes dosis; el valor del ioduro combinado con la sal amoníaco, y, sobre todo, la eficacia de la inmersión continua.

COMENTARIO XLIII

Fagedenismo de la nariz

Una de las formas más destructoras del fagedenismo es la que ataca á la nariz; y generalmente se presenta como síntoma terciario tres ó más años después del contagio. Puede ser crónico ó agudo, y en los casos más rápidos es posible que destruya el tabique y deforme considerablemente la nariz en pocas semanas. Algunas veces ataca también las alas, ó puede extenderse hacia el paladar. El tratamiento debe ser largo y enérgico, limpiándose bien las fosas nasales y cauterizando con nitrato ácido de mercurio. Se deben prescribir en abundancia el ioduro de potasio y la sal amoníaco, espolvoreando con iodoformo la superficie.

Hay una forma muy semejante de ulceración fagedénica de la nariz, aunque generalmente no tan rápida en su curso que se presente relacionada con la sífilis hereditaria, así en los adultos como en los niños, y que se ha llamado *lupus corrosivo* ó *lupus vorax*. Es muy necesario, no obstante, distinguir la del lupus común, puesto que, á menos de adoptarse medidas especiales, el paciente quedará desfigurado de una manera lastimosa. No hay casos en que resulte recompensada con más seguridad la rápida acción por parte del médico.

COMENTARIO XLIV

Las hemorragias en el fagedenismo

A menudo sucede que el fagedenismo de la nariz, de la

garganta ó de otras partes, va acompañado de hemorragia. En el caso de un niño que lo tuvo en la nariz, y en el cual no bastó el tratamiento constitucional para contenerlo, siguióse la muerte. Las fosas eran tan pequeñas y hubo tanta tumefacción, que fué imposible adoptar medios locales eficaces. Varias veces he visto hemorragias arteriales resultantes de un chancre fagedénico, tan abundantes y repetidas, que había peligro de muerte; pero siempre se obtuvo buen resultado.

COMENTARIO XLV

Úlcera fagedénica tratada prontamente: induración seguida de los síntomas secundarios

En agosto de 1869 me presentaron un caballero de cuarenta años, que dos meses antes había estado medicándose para curarse un chancre fagedénico. El fagedenismo se había contenido aquella vez por una simple cauterización con el ácido nítrico; y cuando el paciente se me presentó, la base de la cicatriz estaba indurada, habiéndose manifestado además una erupción escamosa. Este caso prueba, por lo tanto, que un chancre puede indurarse, y que los síntomas constitucionales pueden seguir á la curación del fagedenismo. El chancre estaba en un repliegue del prepucio. El paciente disfrutaba de excelente salud, y nunca había tenido sífilis antes. Le vi otra vez al cabo de quince días, y observé que la cicatriz de la primera úlcera estaba ya bien, aunque debajo había un poco de dureza. Me aventuré á prescribir pequeñas cantidades de mercurio, aumentándolas después, con excelentes resultados. Este caso demuestra que la tendencia al fagedenismo puede ser sólo temporal, y que su curación se efectúa á veces sólo con medios locales, pudiendo ser permanente, aunque no se contenga el progreso de la sífilis.

COMENTARIO XLVI

Sobre el carácter de la erupción después de los chancros fagedénicos

No hay nada seguro en cuanto al tipo de la erupción secundaria que sigue al chancre fagedénico. He visto á menudo algunos graves y otras veces benignos, y creo que la rupia es más común entonces que después de los otros chancros. Hace algunos años vi en un hospital un caso notable de erupción de rupia que siguió á un chancre fagedénico, siendo el paciente un joven de veinticinco años. El fagedenismo había destruído una considerable porción del glande, y el chancre primitivo persistía hacía quince meses. La erupción fué, en un principio, simétrica, abundante y muy rigurosa, y dejaba grandes cicatrices. El paciente mejoraba con el ioduro.

COMENTARIO XLVII

Sumario de nuestros conocimientos respecto al fagedenismo sífilítico

Los siguientes hechos respecto al fagedenismo en la sífilis parecen estar bien corroborados:

Que un chancre primitivo puede hacerse fagedénico en cualquier período.

Que así los chancros duros como los blandos son susceptibles de convertirse en fagedénicos, pero que esto es mucho más común en los primeros que en los segundos.

Que la erupción secundaria se puede ulcerar, haciéndose fagedénica.

Que todas las formas de úlceras terciarias son igualmente susceptibles de afectarse así.

Que el fagedenismo no solamente puede manifestarse en la

piel, sino también en la nariz, en la boca, en la garganta y en la vagina.

Además de esto, y refiriéndonos á las leyes generales respecto al fagedenismo, podemos asegurar que algunas veces, según se ha demostrado, débese principalmente á ciertas peculiaridades del estado del enfermo: así, por ejemplo, podrá contenerse mediante el solo tratamiento interno (mercurio ó ioduro). En su segundo lugar, está probado que lo más á menudo es ocasionado principalmente por alguna causa local, tanto más cuanto en el mismo enfermo un chancro puede ser fagedénico y otro del todo simple; y, además, que se puede curar de una vez por la sola medicación local ó por el método de inmersión. En tercer lugar debe observarse que en la mayoría de casos es claramente constitucional en cuanto se refiere á la predisposición, y local por lo que hace á su evolución, y que el tratamiento se ha de encaminar á los dos objetos. En algunos casos, cuando el fagedenismo se ha desarrollado bien, el tratamiento interno sin cáusticos no le contendrá, y estos últimos resultarán también ineficaces, sin dicho tratamiento, para obtener la curación.

El hecho de que el tipo fagedénico de inflamación es, en su mayor parte, local, demuéstrese por la manera como, una vez curado, las partes se mantienen sanas. Por último, haré observar que el fagedenismo es muy contagioso, y á veces múltiple en el mismo paciente; sucediendo casi siempre así cuando distintas úlceras están próximas, y expuestas al contagio mutuo de sus secreciones.

COMENTARIO XLVIII

Relaciones entre la sífilis y el fagedenismo de hospital

Un muchacho llamado J. P., que estaba en el Hospital de Lóndres en febrero de 1874, presentaba una úlcera muy grande y maligna en la parte anterior de la pierna. La tibia aparecía descubierta en varios sitios, y el caso se consideró desde

luego como una periostitis aguda con tendencia á la necrosis. No había nada de particular interés en esto. La singularidad del caso hallábase en la naturaleza de la úlcera externa, que se extendía en dos tercios de la longitud del hueso y era tan ancha como la palma de la mano. En el centro estaba cubierta de granulaciones blandujas, que no se manifestaban en los bordes ó estaban cubiertas por una secreción glutinosa de color gris. Los mismos bordes eran mal limitados, muy irregulares, y parecían como mordidos por un ratón. En varias partes de los bordes había también pequeñas porciones de piel negra, evidentemente gangrenadas, mientras que otras estaban muy congestionadas y rubicundas. Yo creo que la opinión de los más que vieron al muchacho, era que se debía amputar el miembro por necesidad. Con esto se podrá formar idea del formidable aspecto de la úlcera.

Durante los primeros días después de admitirse al muchacho, la úlcera, que era tratada como una simple afección pultácea, empeoró; pero al fin me convencí de que debíamos tratar la enfermedad conocida con el nombre de *fagedenismo de hospital*, y entonces apelamos al tratamiento local conveniente para tal estado. Demostré á los presentes los diversos puntos sobre los cuales podíamos fundar el diagnóstico, y entonces se aplicó cuidadosamente el ácido nítrico á los bordes de la herida y en la mayor parte de su superficie. Se debe recordar que la inflamación fagedénica puede variar de intensidad, ser lenta ó rápida, é ir acompañada de la destrucción de pequeñas ó grandes porciones de tejido. Aunque el caso de que hablo presentaba todos los caracteres distintivos de la afección, no era maligno, y los fragmentos de piel gangrenada eran muy pequeños.

No haré una historia muy detallada del caso. Basta decir que mejoró mucho después de emplearse el ácido, y que después hubo recidiva, necesitándose una segunda aplicación, después de la cual tomó la úlcera buen aspecto. No se pudo curar del todo hasta que se hubo resecado un poco del hueso, pero los vestigios de la acción fagedénica habían desaparecido. Una vez después de haber cesado la acción fagedénica, tuve ocasión de demostrar los caracteres peculiares de las

ulceraciones peliculares ó diftéricas. Considerables porciones de la superficie estaban cubiertas de una capa de linfa delgada y coherente, la cual se podía despegar; y debajo de ella vióse que las granulaciones se hallaban en buen estado. Semejante estado diftérico parecía ser un período de progreso hacia la curación; y, como he dicho en otra parte, lo he observado á menudo en circunstancias análogas.

Ahora bien: la cuestión de mayor interés respecto al caso que acabo de citar, es descubrir la causa del carácter fagedénico de la lesión; y por una rara casualidad el paciente fué admitido una semana después de haber dicho yo, en una lectura clínica, que hacía diez años no había tenido ocasión de demostrar á los estudiantes de mi cátedra los caracteres del fagedenismo de hospital. En la misma lectura manifestaba yo también que no creía en los ejemplos esporádicos ó espontáneos de este accidente, añadiendo que en mi opinión todo se relacionaba, más ó menos directamente, con la acción del virus sífilítico.

No obstante, parecía decretado que había de presentarse un caso para refutarme; pues no había razón, después de examinado el paciente, para suponer que estuviese atacado de sífilis. Sin embargo, nos ocurrió, cuando reflexionábamos sobre la causa de la afección, preguntar si había estado expuesto á algún peligro de infección antes de ingresar en el hospital; y, al informarnos, se averiguó que el muchacho no venía de su casa, sino de un hospicio. Uno de los alumnos que se hallaban presentes me dijo entonces que había en nuestro departamento un caso grave de fagedenismo sífilítico que procedía del mismo punto. Esperando arrojar más luz sobre la cuestión, fuí al establecimiento de donde procedían los pacientes, y obtuve todos los detalles posibles. El médico de la casa me enteró de los hechos; y, aunque no debe recaer en él la menor censura, no citaré nombres.

Hé aquí el caso: Nuestro paciente, un muchacho (T. P.), había sido llevado á aquel hospital con motivo de aquejar una periostitis aguda; y, al incindir las partes blandas, usáronse unos instrumentos que habían servido en otra ocasión para operar en el prepucio en un caso de fagedenismo sífilítico del

pene (en este último caso una gran porción de dicha parte quedó destruída); y aquí termina mi prueba.

Según averigüé, el muchacho no estuvo expuesto á ninguna otra causa posible de contagio, pues ocupaba una cama en una habitación aparte, muy bien ventilada y sin ninguna comunicación con otras donde había casos sifilíticos. El intervalo que medió entre el uso de los instrumentos para el caso sifilítico y después para la pierna del muchacho, fué sólo de algunos días; y el cirujano de la casa, hombre muy entendido, me aseguró que siempre tenía el mayor cuidado en la limpieza de su bolsa. Sin embargo, no podemos ignorar la posibilidad del contagio por el origen que acabo de indicar, tanto más cuando he tratado muchos casos de perioritis sin haber visto uno solo, excepto cuando prevaleció el fagedenismo, que presentase el carácter descrito. Debe haber habido alguna causa especial para tan extraño resultado.

Puedo citar alguna otra prueba, que debo á la bondad de M. Johnson Smith, del hospital marítimo de Greenwich, el cual me ha dado su permiso para referir el hecho. Dicho señor, que iba con nosotros y que vió al muchacho, díjome que en el citado hospital se veían muy á menudo muy perplejos por causas de las heridas fagedénicas; y algunas semanas después me invitó á ir á ver un ejemplo. El paciente en cuestión presentaba tres grandes úlceras en la pierna: una de ellas perfectamente simple, cubierta de granulaciones y con los bordes en vías de rápida curación; las otras dos ofrecían todo el aspecto característico del fagedenismo crónico. El caso, sin embargo, no carecía de explicación en cuanto á la enfermedad; pues el paciente padecía, sin la menor duda, sífilis constitucional, confirmándose así mis asertos. Hemos tenido muchos casos como éstos en el hospital de Londres, durante los últimos años, y no me refería á ellos al decir que habíamos estado libres de la gangrena nosocomial. El señor S. me dijo que casi todos los casos que recordaba habían sido de semejanza naturaleza; es decir, que la existencia de la sífilis se había demostrado, ó se tuvieron fundadas sospechas de ella. Sólo se acordaba de uno en el que hubo razón para creer que no existía sífilis; y esta excepción fué un caso muy

análogo al del muchacho T. P., pues tratábase de un joven á quien se admitió, afectado de periostitis de la tibia, y en quien el fagedenismo había invadido las dilataciones que se le practicaron en el hospital. Había estado en este último algunas semanas antes de que sus heridas se hicieran malignas, y se le trató en una habitación que no estaba lejos de los casos de fagedenismo sífilítico. En esta ocasión, otra vez, sin suponer ninguna falta de cuidado ó de limpieza, pues las salas del hospital en cuestión están muy bien dirigidas, no puedo menos de sospechar que había ocurrido algún contagio accidental.

En la lectura pública á que antes me he referido hacíase una ligera mención de la epidemia de fagedenismo de hospital de que se padecía mucho en el de Londres hace largos años, y que comenzó, en mi opinión, por un caso de fagedenismo sífilítico admitido en uno de los departamentos grandes.

M. Jorge Pollock me había dicho que, en su concepto, la enfermedad se introdujo del mismo modo en el hospital de San Jorge. El lector encontrará, en el segundo tomo de las *Lecturas clínicas del hospital de Londres*, un breve escrito mío que se refiere á las condiciones bajo las cuales esta enfermedad se propaga en los hospitales. Lleva por título: *¿Por qué el fagedenismo de hospital no se produjo en el departamento de Gloucester?* La enfermedad, en la ocasión á que aludo, prevaleció durante la última mitad de 1863 y la primera de 1864, haciéndose tan general y grave que nos fué forzoso desistir de operar en cuanto era posible. Comenzó en un rincón de Mellish Ward, y extendióse por cuatro grandes departamentos; después penetró en el destinado á operaciones, y yo creo que en todos aquellos en que se trataban casos quirúrgicos, con la sola excepción de Gloucester y su anexo.

Durante los diez meses en que la enfermedad prevaleció, nunca nos vimos libres de casos en Mellish; pero, en cambio, no hubo ni uno sólo en Gloucester. Ahora bien: estos dos departamentos han estado dirigidos siempre bajo principios análogos, son del todo semejantes en su disposición, y en ellos se admite por semanas precisamente la misma clase de casos. La única causa que podría explicarme la inmunidad de

Gloucester de la plaga que comenzó en Mellish, extendiéndose á todos los demás departamentos quirúrgicos, es que, mientras nosotros enviábamos con frecuencia casos á las salas de operaciones, en Gloucester no se recibió ninguno de los otros departamentos. De este modo no se introdujo la enfermedad por el contagio, y la enfermedad no pudo originarse de por sí: no se debió al hacinamiento ni á ninguna oscura *influencia de hospital*, pues el departamento de Gloucester se encuentra, respecto á este caso, lo mismo que los demás. Para mayor evidencia puedo citar el hecho de que desde la fecha en que nos libramos de la enfermedad, á mediados de 1864, hasta la época presente, no se ha vuelto á repetir. Durante este intervalo, hace ahora más de veinte años, no he visto, en la práctica pública ni en la privada, un solo caso de fagedenismo que no se debiese á la sífilis, excepto el muchacho de que antes hablé.

El último caso registrado entre mis pacientes, en 1864, me produjo mucha impresión. Ocurrió cuando creíamos estar libres de la complicación. Operé en el anfiteatro unas hemorroides, practicando, como de costumbre, una incisión en la unión de la membrana mucosa con la piel. Al cabo de una semana quedé asombrado al ver que la herida estaba cubierta de una secreción pultácea, y con los bordes fagedénicos. Inmediatamente se aplicó el ácido nítrico á la superficie, obligándose al paciente á permanecer día y noche en un baño de asiento, con lo cual tuvimos la suerte de impedir que se diseminasen los productos de la ulceración. Al esforzarnos para averiguar cómo aquel paciente podía haber contraído el fagedenismo en ocasión que no teníamos otros casos en el departamento, encontréme con el siguiente curioso hecho: El enfermo que precedió al otro en la mesa de operaciones, y para el cual se usaron, sin duda, las mismas esponjas, era cierto individuo al cual uno de mis colegas había resecado una porción de hueso necrosado de la tibia, y que había sufrido primeramente mucho por efecto del fagedenismo. Sus heridas parecían sanas, al menos por lo que averigüé cuando la operación, y se habían curado en gran parte. De modo que no se supuso que pudiese haber nada contagioso en ellas, pues

de lo contrario no se le habría trasportado al anfiteatro; pero, según se me dijo, las heridas se hicieron malignas después de la operación.

Hay otras clases de hechos muy importantes en apoyo de la teoría del origen local del fagedenismo y en refutación de la teoría de que sea constitucional. Pueden existir dos heridas en el mismo paciente: una de ellas fagedénica, y la otra del todo sana. Yo lo he visto á menudo, pero nunca observé un ejemplo tan notable como el que M. Smith me mostró en Greenwich: de él se hubiera podido tomar un dibujo para dar á conocer los caracteres de una úlcera sana, con buenos mamelones y florida, y los de otra pultácea y fagedénica en la misma pierna, separadas entre sí por tres ó cuatro pulgadas. ¿Cómo se puede explicar esto por ninguna teoría que sólo admita causas constitucionales? Como el hombre era sífilítico, y atendido que su fagedenismo provenía de la sífilis, no niego que había una causa constitucional anterior. Lo que yo aseguro es que no era bastante eficaz para hacer que todas las úlceras se convirtieran en malignas, y, por lo tanto, debemos presumir que la persistencia del fagedenismo en algunas fué debida principalmente á influencias de naturaleza local.

CAPITULO IV

Sobre la rupia y otras erupciones ulcerosas

COMENTARIO XLIX

Periodo en que se manifiesta la rupia entre los accidentes de la sífilis, y sobre la rupia lupoides

Traspasaría los límites de la presente obra si tratase de aducir pruebas, por la cita de casos, para demostrar que la rupia se manifiesta realmente en los primeros períodos de la sífilis. Semejante prueba se podría presentar fácilmente si el espacio lo permitiera; pero debo dejar para los observadores clínicos la confirmación del aserto. Es necesario, no obstante, decir algunas palabras sobre lo que se entiende por rupia y las condiciones bajo las cuales se produce esta forma peculiar y rara de erupción. No debemos confundir, bajo el nombre de *rupia*, todas las alteraciones acompañadas de ulceración; porque esto sería comprender, seguramente, ciertas afecciones lupoides que por regla general se presentan mucho más tarde. Por rupia entendemos una erupción consistente en muy marcadas úlceras que comienzan como flictenas y tienden

á formar costras cónicas. Debajo hay ulceración de la piel, pero raras veces es profunda; y hay cierta cantidad de infiltración, aunque jamás mucha. La cara y los miembros son los sitios más comunes en que se presenta. Dichas úlceras son siempre redondas, á menos de que dos ó más se hayan hecho confluentes, y dejan cicatrices redondas. El hecho mismo de ser comunmente simétricas denota lo bastante su carácter como uno de los accidentes secundarios; pero, aunque sostengo que tal es su sitio, debe admitirse claramente que no es nunca uno de los principales. Yo creo que las formas ulcerosas de sífilides, de las cuales la rupia es una y el éctima otra, se presentan al cabo de algún tiempo de tratamiento y cuando las primeras erupciones, que fueron eritematosas ó papulosas, han desaparecido del todo. A menudo ha mediado un intervalo de buena salud, prescindiéndose entonces de toda medicación; pero algunas veces una sífilide papulosa se convierte en ulcerosa ó rupioide, al parecer por un tratamiento demasiado vigoroso. En algunos casos la rupia se manifiesta aparentemente como consecuencia del tratamiento ó descuido en el mismo. Muchas veces se ha visto implicarse alguna particularidad de la diátesis del enfermo por la circunstancia de que un chancre se inflamó y ulceró, siguiéndose así con frecuencia una erupción sin cicatrizar después de un chancre sin cicatrizar. Creo que va perdiendo terreno la creencia de que la manifestación de la rupia ú otra erupción ulcerosa hace apetecible el evitar el mercurio y usar sólo el ioduro de potasio. Aunque no hay duda que el mercurio no conviene algunas veces en tales casos, sabemos que esto es principalmente cuestión de dosis y manera de usar el medicamento; y que, cuando se procede como es debido, casi siempre se obtiene la curación.

Por regla general la rupia no es serpiginosa, no se escavan sus bordes, y sus costras, cuando son típicas, afectan siempre la forma circular: bien conocidas son las cicatrices que deja, del tamaño de una peseta. Sin embargo, existe una complicación, que puede ser á veces una consecuencia directa, en que el proceso morboso se une con el lupus. En este caso la forma redonda de la úlcera desaparece, porque la inflamación, extendiéndose en los bordes por la infección local, permite la

curación en el centro. Así vemos manifestarse la forma de herradura, ó puede ser que lleguen á quedar invadidas grandes placas irregulares con los bordes semilunares. Esta afección (rupia lupoide) puede durar indefinidamente, á menos de seguirse un cuidadoso tratamiento, y á menudo se extiende durante varios años. Creo que rara vez se origina de nuevo como genuinamente terciaria algunos años después de haber desaparecido los síntomas secundarios; pero más comunmente es una especie de continuación de una erupción imperfectamente tratada en un principio. Generalmente ha dejado de ser una erupción generalizada; ya no se nota tendencia á la simetría, y á menudo es más fácil de dominar con el tratamiento local que con el interno. Todos estos portes denotan una especie de situación transitoria.

COMENTARIO L

Sífilis grave: la rupia como erupción secundaria.

Una de las más graves erupciones secundarias que jamás he visto, se presentó en la persona de la señora R., á quien visité en consulta con Mr. Mills, de Covent Garden. Hallábase en cama é invadida desde la cabeza á los pies por una erupción rupioide y ectimatosas. Algunas de las costras afectaban la forma de concha, pero eran más pequeñas que las formas más típicas de la rupia. La señora estaba enferma hacía seis semanas. Tenía las amígdalas ulceradas, y la faringe tan tumefacta que apenas podía tragar, por lo cual comenzaba á demacrarse rápidamente.

La historia era curiosa. Su esposo se había presentado unos cuatro meses antes al doctor Mills para mostrarle una erupción que tenía en el abdomen y el pecho, y la cual fué reconocida por el médico como sífilítica. El señor R. negó haber tenido chancro alguno y sometióse al examen, que dió por resultado no hallarse vestigio alguno del mismo; pero el paciente experimentó, algunas semanas antes, un ligero flujo ure-

tral, y observó una rubicundez en el meato. Con el tratamiento del doctor Mills por el mercurio, la erupción desapareció pronto; y cuando nos reunimos en consulta, el paciente no tenía en parte alguna señales de la enfermedad. Yo examiné el meato, y no pude hallar señales de chancro. El Sr. R. admitió que se había expuesto al peligro, pero repitiendo que no había tenido más que un poco de rubicundez en el meato durante una semana ó dos.

En la mujer no había historia de chancro primitivo. La erupción fué la primera cosa que se observó; y, siendo benigna, desapareció muy pronto á favor de pequeñas dosis de mercurio é ioduro; pero después de desvanecerse hubo recidiva, desarrollándose la erupción rupioide de que antes hablé. En cuanto á esta última, el doctor Mills pensó que el tratamiento sería peor, y por algún tiempo desistió de él. Hubo infarto glandular en las ingles del marido y de la mujer; y de consiguiente el caso resultó ser de difícil curación.

Estos dos ejemplos demostrarán un hecho observado diariamente, y es que las diferencias en la gravedad de la sífilis no dependen de las del virus, sino de la idiosincracia del paciente. ¡Cuántas veces vemos que una enfermedad que apenas significa nada en el marido, afecta á la mujer, que se contamina con terrible gravedad! Algunas veces sucede lo contrario.

*La rupia como afección secundaria: úlceras lupoides y
subsiguientes cicatrices keloides.*

Repetidas veces he solicitado que se fije la atención en el hecho de que la rupia no se presenta en el período terciario de la sífilis, sino en el secundario, y, además, que es en ciertos casos apta para degenerar en una afección lupoide. En tales ocasiones la rupia se manifiesta siempre primero, y el lupus sólo después de haber persistido aquélla por algún tiempo. En confirmación de esto encuentro un caso interesante, el cual recuerda Mr. Balmanno-Squire en las *Memorias de la Sociedad Patológica*. En el espacio de pocos meses, después de los accidentes primarios desarrollóse una copiosa erupción rupioide, que nunca curó bien; y á los nueve meses después de la infec-

ción hubo una considerable exostosis en una tibia, la cual se ulceró más tarde. El paciente sufrió mucho, y á los dos años de la enfermedad estaba lleno de cicatrices, algunas de las cuales afectaban el carácter de keloides, presentando también úlceras de carácter lupoide. No se dan detalles sobre el tratamiento.

COMENTARIO LI

*Caso en demostración de que la rupia puede presentarse pronto, ilustrándose otros puntos de interés:
rupia lupoide*

Un caballero joven, de buena salud, que no había tenido nunca antes ninguna afección venérea, contrajo la enfermedad en el otoño de 1870. Tenía una blenorragia aguda, la cual se trató debidamente; y ya al cabo de cinco semanas mejoraba, cuando se comenzó á ulcerar profundamente el meato de la uretra. El chancro (porque lo era realmente) se hizo fagedénico, y el médico aplicó el ácido nítrico, administrando también el mercurio. El paciente no tomó este último más que unos quince días; y como comenzase á salivar un poco, dejó el medicamento y no volvió á tomarlo más. El chancro requirió un prolongado tratamiento local y no se curó antes de diez semanas. Después de esto, el paciente creyó estar bien durante un mes ó dos, y prescindió de toda medicación; pero más tarde se presentaron tubérculos mucosos en el escroto y en los muslos, ulcerándose la garganta; y á poco prodújose repentinamente una terrible erupción de rupia. El período del exantema se había retardado probablemente por el empleo de los específicos, y así se manifestó cinco meses después de haberse contraído el mal en vez de dos, como hubiera sucedido si se le hubiese dejado desarrollarse sin obstáculo. Para curarse la erupción rupial, el paciente fué visitado en casa por un buen médico de Bristol, quien le prescribió altas dosis (120 centigramos tres veces al día) de iodu-

ro. Durante algún tiempo estuvo bastante malo por haberse cubierto de grandes úlceras profundas. En la piel del cráneo, particularmente, las úlceras lo eran mucho, aunque nunca dejaron descubierto el hueso; y si bien las cicatrices alcanzaban todo el espesor del cuero cabelludo, no se adhirieron á la caja ósea. Gracias á los ioduros, con varias modificaciones, el paciente mejoró, y cuando estuvo casi bueno emprendió un viaje por el Mediterráneo; pero como sufriese una recidiva, volvió á su país cubierto de tubérculos ulcerados. Advertiremos que la gravedad de la rupia había pasado ya del todo, y que la mayoría de las primitivas úlceras presentaban cicatrices blancas y redondas. Lo que al paciente le aquejaba entonces, era una especie de erupción que se produce algunas veces como verdadero síntoma terciario, y no con poca frecuencia como intermedio entre aquél y el secundario. Es una especie de cruzamiento de rupia y lupus, y consistía en grandes placas desde el tamaño de medio duro al de la palma de la mano ó mayores, tuberculosas ó pustulosas en sus bordes, y que se curaban en el centro. Unas veces son semilunares y otras circulares. Están situadas con irregularidad, y su tendencia á la simetría suele cambiar con el período desde la afección primaria. Podríamos equivocar fácilmente estas placas con las del lupus superficial; pero se distinguirán observando, en las que son sifilíticas, menos espesamiento de la piel por nuevo depósito, notándose también que los tubérculos son menos firmes, y que hay más tendencia á formarse pústulas ó á ulcerarse, siendo muy común la forma de herradura.

El paciente á quien se refieren los comentarios anteriores se puso á mi cuidado por primera vez á los veinte meses de haberse presentado el chancro. Entonces tenía numerosas y grandes cicatrices de rupia, y extensas placas de la erupción tuberculosa serpiginosa que he descrito con el nombre *rupia lupoide*. No hubo enfermedad de las mucosas ni de la garganta.

COMENTARIO LII

Caso de sífilis primaria y secundaria, en el que, por efecto del tratamiento mercurial, el chancro inflamado y ulcerado, así como la erupción, tomaron la forma de rupia, produciéndose rápida mejoría al sustituir el uso del mercurio por el ioduro de potasio. Historia de la sífilis en el padre del paciente.

Mayo 19 de 1865.—Un caballero joven, de veintiún años, contrajo un chancro por primera vez, hace ocho semanas. No era seguro que se hubiese indurado; pero de todos modos el paciente tomó mercurio, y entonces se inflamó el chancro, haciéndose casi fagedénico y empeorándose por el uso del citado medicamento. Nuestro hombre demacróse rápidamente y perdió las fuerzas. Su color era pálido y estaba muy débil. Se le infartaron las glándulas de la ingle y no hubo supuración. Cuatro ó cinco semanas después de presentarse el chancro aparecieron en el cuero cabelludo algunas placas, que, convirtiéndose en úlceras, ofrecían una costra, llegando á cubrirle casi enteramente. Poco después manifestáronse otras manchas análogas en la espalda, algunas en la pierna derecha y varias en el brazo izquierdo. La garganta se ulceró, y en las amígdalas formáronse úlceras profundas con el fondo gris y simétricas. Prosiguiendo siempre con el mercurio, el mal empeoró, y en muchas de las úlceras, que segregaban abundantemente, formáronse costras más ó menos cónicas (rupia).

Unos dos meses después de la aparición del chancro, y á las cuatro semanas de la erupción, el paciente cambió de médico y de tratamiento: abandonóse el mercurio y se empleó el ioduro de potasio; cambio que produjo seguidamente la más marcada mejoría; las úlceras más grandes comenzaron á curarse, así como el chancro primitivo, y la salud en general se alivió muy pronto.

Entonces tuve oportunidad de examinar al paciente unos

diez días después de haber adoptado el otro tratamiento. Estaba entonces muy flaco, sumamente delicado y pálido; alguna vez las úlceras de la cara y los brazos daban aún secreción; y veíanse las grandes costras que caracterizan la rupia, pero comenzaban á curarse. Algunas placas nuevas se habían manifestado á los pocos días, en el brazo izquierdo, en las mejillas, etc.; mas eran puramente pústulas, algunas muy pequeñas, y otras de considerable tamaño. Las úlceras de las amígdalas estaban ya curadas. Ni el paladar blando, ni los pilares de la faringe, ni las partes blandas que hay detrás de ésta, habían sido atacadas: las ulceraciones, aunque profundas, se limitaron aparentemente á las amígdalas.

La erupción, aunque general, no era precisamente simétrica. En el cuero cabelludo se hizo general, invadiendo ambos lados; había manchas en la cara, bastante regulares, mas no exactamente simétricas; el brazo derecho se libró del todo, y también la extremidad inferior del izquierdo; pero debe advertirse que, excepto en la cabeza, el número de manchas fué muy limitado: sólo hubo una, según creo, en el muslo derecho, y contábanse pocas en el brazo izquierdo.

En este caso tenemos un ejemplo de sífilis primaria y secundaria, seguida en todos sus períodos de una tendencia á la inflamación supurativa y ulcerosa. El chancre primitivo se inflamó, extendiéndose, así como las pústulas de la erupción, que se ulceraron, ocupando mayor espacio y adquiriendo profundidad, con gruesas costras resultantes de la secreción. Las úlceras de las amígdalas profundizaron más de lo regular por la inflamación supurativa. Aquí tenemos, al parecer, una prueba de que el mercurio agravó la tendencia á la inflamación, y que el ioduro potásico la reprimió de una manera específica y positiva. El paciente no tuvo síntomas terciarios propiamente dichos, pero sí inflamación aguda del chancre, de las sífilides y de las úlceras de las amígdalas.

¿Cómo explicaremos el hecho de que el mercurio, que en general pone término á las inflamaciones de carácter primario ó secundario, agravase en este caso una cosa y otra, siendo causa de que los tejidos atacados se ulcerasen y supuraran? No se resolvería el problema cambiando el nombre de los sín-

tomas y diciendo que, puesto que el ioduro de potasio los curó, empeorándolos el mercurio, debían ser en realidad terciarios, y no secundarios; pues debemos observar que no sólo la erupción secundaria manifestó tendencias á la ulceración, sino que el chancro primitivo se afectó de una manera análoga profundizándose. También sería absurdo llamarlo *síntoma terciario*; y, no obstante, el proceso por el cual se inflamó y ulceró era precisamente el mismo que aquel en virtud del cual la erupción, primitivamente papulosa ó pustular, se inflamó y ulceró, trasformándose en lo que se llama *rupia*.

COMENTARIO LIII

Dos casos de rupia muy grave manifestados en la recidiva después de presentarse y desaparecer la erupción secundaria.

Hay una forma muy grave de rupia en que las ulceraciones se unen en grandes superficies, perdiendo así las costras su forma típica de concha. Yo he visto muy pocos ejemplos, y los dos que mejor recuerdo eran casi análogos. La violencia y lo repentino del segundo ataque se marcaron mucho en cada caso. El primero se pudo ver en el hospital de Londres, hace unos veinte años, en la persona de un joven llamado K. Yo le había tratado con motivo de un ligero ataque de síntomas secundarios, con la acostumbrada erupción papulosa; y al parecer mejoró, suspendióse el tratamiento, y no volví á ver el paciente en varios meses. Al cabo de este tiempo presentóse á mí otra vez, á causa de habersele manifestado el principio de una erupción vesiculosa de la cara. En conformidad con la opinión de aquel tiempo, según la cual se debía evitar el mercurio para tales erupciones, prescribí el ioduro de potasio; pero el mal se agravó con singular rapidez, y al cabo de una semana toda la cara estaba cubierta de costras, contándose muchas también en los miembros. El paciente enfermó gravemente, hubo de guardar cama algunos meses, y quedó tan demacrado que creímos segura su muerte. Al principio se empleó un

tratamiento mixto de ioduro de potasio y mercurio, y por de pronto pareció inútil; pero al fin, bajo la influencia del mercurio solo, el hombre se restableció, aunque estaba muy deteriorado: tenía casi toda la cara cubierta de cicatrices, y los párpados inferiores sufrían un ectropion.

No hace mucho tiempo, pude observar un caso del todo contrario. Un caballero joven sufrió, á consecuencia de accidentes primarios, en la Navidad de 1884, habiéndosele presentado un chanero muy duro y profundamente ulcerado, que se curó bajo la influencia de altas dosis de bicloruro de mercurio, aunque dejando una cicatriz deprimida en el glande. En abril, unos tres meses después de haberse abandonado el tratamiento, el paciente parecía disfrutar de muy buena salud, y no tuvo erupción ni placas en la cámara posterior de la boca; y durante el verano no le ocurrió tampoco novedad, pero á fines de setiembre se manifestó lo que el paciente llamaba *una ligera erupción roja*, que duró sólo algunos días, invadiendo el pecho. Según parece, no se apeló á ningún tratamiento específico para combatir este síntoma; mas, apenas pasó, aparecieron algunas úlceras en los labios, que se extendieron rápidamente en el espacio de diez á quince días, cubriendo toda la cara y el cuello; y al mismo tiempo aparecieron otras que al cabo de una ó dos semanas cubrieron todos los miembros: sólo quedó libre el tronco, excepto las nalgas. Las flictenas se hicieron confluentes, con costras, cubriendo espacios tan grandes como la palma de la mano. La ulceración era profunda, tanto que en el dorso de una mano los tendones quedaron descubiertos. Durante cerca de un mes la enfermedad siguió desarrollándose á pesar del empleo de los específicos. El paciente hubo de guardar cama, y hallábase en el más mísero estado, pues se demacraba mucho. El tratamiento con el cual se restableció al fin redujose al uso del bicloruro de mercurio á la dosis de ocho miligramos con treinta centigramos de ioduro de potasio, aplicándose á las úlceras una ligera pomada de nitrato de mercurio.

Cuando vi al paciente por primera vez, á principios de diciembre de 1885, aun permanecía encerrado en su casa, bien que sin guardar cama. Su cara, excepto dos pequeñas placas,

una en el centro de cada mejilla, estaba cubierta de cicatrices, mientras que los párpados inferiores se habían invertido y pendían cuanto era posible; las alas de la nariz hallábanse destruídas, y la contracción cicatricial alrededor de los labios, había invertido también hacia dentro las comisuras, fijando la boca de tal modo que con dificultad podía abrirla. La cicatrización de la piel de las mejillas había hecho contraer estas últimas de tal modo que la mucosa se introducía entre los dientes, de manera que el enfermo se mordía las mejillas al comer. Las cicatrices que aun quedaban en el cuello, en los hombros, en los brazos y las manos, eran muy particulares: pocas de ellas tenían la forma del todo redonda, pero todas presentaban los bordes irregulares, y en muchos casos reconocíase claramente que eran resultado de un grupo confluyente de flictenas. Las más aparecían ligeramente elevadas cual si estuvieran en un temprano período de keloide; pero se me aseguró que su espesor disminuía en vez de aumentar. La mayor parte de ellas presentaban un color de púrpura intenso, pero algunas eran pálidas. Las cicatrices de las piernas tenían el mismo tinte, aunque casi negruzco. Las nalgas estaban cubiertas de un considerable número de pequeñas cicatrices en forma de botoncitos, sin que se viera ninguna grande. La curación fué completa en todas las partes, excepto dos ó tres placas de las piernas. La simetría en la disposición de las cicatrices era casi absoluta.

COMENTARIO LIV

Sobre las afecciones lupoides de la piel en la sífilis

Bueno será aquí decir algunas palabras sobre la cuestión de si existe la afección de *lupus sífilítico*. Nuestra contestación á semejante pregunta debe depender de las definiciones de los términos. Todo el mundo admitirá que hay inflamaciones sífilíticas de la piel que afectan de preferencia las partes más atacadas á menudo por el lupus, que se extienden en sus bor-

des como éste, que dejan cicatrices de igual manera, y que presentan caracteres tan parecidos que aun á los más prácticos les sería difícil resolver si el caso era de lupus común, ó debido á la sífilis. Estas afecciones, en las cuales hay tanta variedad como en el mismo lupus, se deben curar mediante un tratamiento específico, y en esto difieren *toto cælo* del lupus común. No veo que resulte ninguna conveniencia clínica si rehusamos llamar á estas afecciones *lupus sifilítico*, usando los términos en el mismo sentido en que hablamos del psoriasis sifilítico y del liquen sifilítico: son las imitaciones sifilíticas de la enfermedad típica. La más aguda y rápidamente destructora de éstas es la que se ha llamado *lupus corrosivo*, afección casi fagedénica que generalmente ataca la nariz, y observada más á menudo en la sífilis hereditaria que en la adquirida. Buenos ejemplos vemos á veces en esta última, y creo que siempre á intervalo de más de un año, como no sea de varios después de los primeros accidentes. Desde esta afección aguda, en escala descendente, tenemos los grados más variables de intensidad en el lupus sifilítico. Por regla general, todas las afecciones lupoides se clasifican como terciarias, y apenas sería muy aventurado decir que todas las afecciones terciarias de la piel son de carácter lupoide, con lo cual quiero decir que todas son serpiginosas, que afectan una disposición simétrica y que dejan cicatrices. Hemos concluído con la roseola, el psoriasis, el liquen y hasta con la rupia; y si la piel sufre en este período, será por efecto de alguna afección tuberculosa que invade los bordes, persiste indefinidamente si no se cura por el tratamiento, y deja cicatrices: en resumen, es un goma de la piel, infiltrante y serpiginoso. Esta generalización tiene mucha importancia, pues da una clave para el carácter de las afecciones de las partes más profundas (bien visible) que se manifiestan en este período. Así como el lupus, pueden ser serpiginosas, tendiendo el crecimiento de las células á infectar el borde de la placa, lo cual hace que la diseminación persista. Semejante hipótesis patológica explicaría bien lo que presenciarnos en afecciones tales como la oftalmoplegia externa, en la que hallamos indicaciones de una desorganización que se extiende lentamente y corresponde á la parálisis externa,

efectuándose el proceso á menudo durante algunos años. La misma observación se aplica á la ataxia locomotriz, si se admite que algunas veces reconoce un origen específico.

No sólo todas las variedades del lupus común son simuladas por las afecciones sifilíticas; sino que, como demostraremos después, imitan de una manera que induce á error los síntomas del llamado *lupus eritematoso*.

CAPITULO V

Comentarios sobre varias enfermedades del sistema nervioso relacionadas con la sífilis

Casos que ilustran la presentación de la anestesia de las extremidades inferiores en el período secundario de la sífilis: enfermedad de Menière: vaivén y vacilación en el andar: extremada anemia y debilidad: incapacidad para escribir: dudas sobre si los síntomas eran realmente debidos á la sífilis: sospechas de que el mercurio fué perjudicial: restablecimiento completo por el tratamiento por las unciones.

El siguiente caso es de mucho valor para demostrar la variedad de los fenómenos nerviosos que pueden presentarse, en relación con la sífilis, durante el período secundario; y también confirma la enseñanza de que en todos los casos oscuros en que hay antecedentes sifilíticos se debe apelar al mercurio. El paciente estuvo una vez tan anémico y débil que temí su muerte, y él mismo creyó que su debilidad se debía al mercurio. Sin embargo, este fué el remedio con el cual, prescrito en unciones, se consiguió la curación, restableciéndose por completo la salud.

Será conveniente comenzar la narración de este caso desde

la mitad, en una fecha en que, á petición mía, solicité consulta con el doctor D. R. Jackson.

Esto fué en 16 de enero de 1884, en cuya época habíase corregido mucho la falta de sensibilidad, que fué muy considerable en la extremidad derecha inferior, y más ligera en la otra, habiéndola precedido un dolor en la espalda. El paciente nos aseguró que un mes antes, cuando se pellizcaba la piel ó se clavaba en ella un alfiler, no sentía absolutamente nada; pero que ahora no era lo mismo, por más que la sensación estuviese aún algo embotada. Esta mejoría se obtuvo mientras el enfermo tomaba el mercurio.

En aquella fecha estaba todavía sordo de un oído, aunque no del todo, pues podía oír el movimiento del mecanismo de un reloj á dos pulgadas de distancia. A petición mía, el doctor Purves examinó la parte y dijo que no se observaba nada anormal. Aun le afectaba al paciente lo que él llamaba *vai-vén*; pero esto no le impedía ocuparse en sus negocios, hacer viajes, etc.; y, desde el principio hasta al fin, nunca tuvo paroxismos vertiginosos. No experimentaba dicha dejadez si permanecía echado ó sentado; pero sí cuando movía la cabeza al leer ó escribir, y sobre todo si se levantaba de la silla para andar, siendo esto más marcado en la oscuridad. El paciente no podía describir bien su estado; pero dijo que le parecía tener la cabeza llena, figurándose que iba á caérsele, y conocía muy bien su singular vacilación al andar.

El doctor Jackson se fijó en el hecho de no haber paroxismos, observando que el paso del paciente se asemejaba al de un hombre ebrio, con marcada tendencia á caer; y el enfermo pensaba también que había marcada debilidad en la extremidad inferior derecha; pero después de un atento examen no la podimos reconocer en ningún músculo particular. El juego de la rodilla era bueno y tal vez exagerado.

Convenimos en que era muy posible que la sordera no se relacionase con la afección específica, pareciéndonos probable que la vacilación en el andar dependiese de la lesión del oído. El doctor Jackson se inclinaba á creer que el entorpecimiento de las extremidades inferiores se debía á una meningitis espinal.

No nos pareció improbable que la coincidencia de los fenómenos fuese accidental; pero nuestro paciente insistió en que los síntomas de la cabeza empeoraban, al paso que las piernas se entorpecían más.

Los antecedentes del caso eran los siguientes, en pocas palabras.

El señor T. era un caballero de cuarenta y ocho años de edad, quien se puso al cuidado del doctor K., el cual me lo presentó en mayo de 1883.

Había contraído la afección específica completa, comenzando en agosto de 1882. Se le trató con mercurio é ioduros, y cuando tomaba estos medicamentos comenzó á sentir aquel vaivén en el mes de febrero. Primeramente, pareciendo que el tratamiento no le convenía, se le aconsejó que emprendiera un viaje al Cabo de Buena Esperanza, del cual volvió con mejor salud, pero no sin aquel síntoma. El vaivén se había manifestado repentinamente, aunque no con mucha intensidad, y al mismo tiempo se presentó la afección del oído izquierdo. Al paciente le repugnaba el alimento y sentía como ascos, pero no tenía dolor ninguno de cabeza. Cuando yo le vi la primera vez, en ocho de mayo, estaba tan delgado y pálido que indiqué que iba á tener sin duda, una anemia maligna; pero le recetamos el mercurio y mejoraron así la salud general como los síntomas locales. Al principio del siguiente mes de noviembre apunté en mis notas que nuestro hombre había dejado el tratamiento por seis semanas; que estaba completamente sordo del oído izquierdo, pero no sentía ya ningún vaivén. Se quejó mucho de que le temblaba la mano, y dijo que debía renunciar á escribir sus propias cartas. En diciembre sufrió una recaída, experimentando otra vez entorpecimiento en la pierna; y después de consultar con el mismo doctor, resolvimos prescribir el mercurio en unciones.

En su consecuencia se usó dicho medicamento en abundancia, y el paciente se restableció del todo; y, excepto un poco de sordera, desapareció el vaivén, pudo escribir con facilidad y recobró su color y fuerza.

Al mismo tiempo que visitaba al Sr. T., tenía á mi cuidado un joven médico, el doctor R., quien aquejaba exacta-

mente los mismos síntomas en cuanto se refería á las extremidades inferiores. Tenía entorpecidas las dos, pero en particular la izquierda; quejábase de pesadez en dicho miembro, y dijo que podía pellizcarse la piel sin sentir nada. El intervalo fué, poco más ó menos, como en el caso del Sr. T., es decir, un poco más de diez y ocho meses; pero el mal desapareció también con el tratamiento específico, y el paciente disfruta ahora de completa salud.

COMENTARIO LV

Caso de paraplegia ocurrido dos años después de la sífilis: curación por el ioduro: restablecimiento parcial sin recaída durante seis años.

Hace algún tiempo, una señora y un caballero me presentaron á su hijo, muchacho de diez años, que aquejaba una oftalmia. La madre me recordó que me había consultado dos años antes por tener una úlcera en la garganta, y que yo le pregunté, en particular, si alguno de sus hijos había padecido de la vista. Consulté mis notas sobre el caso, y hallé que el diagnóstico acusaba una garganta sifilítica, en virtud de lo cual receté lo conveniente. Estando su esposo y su hijo presentes esta vez, parecióme buena oportunidad para comprobar el diagnóstico y obtener antecedentes de la familia, de los cuales no me atreví á informarme cuando la señora se presentó sola. Examiné la fisonomía y los dientes del muchacho sin hallar nada sospechoso, y al mirar los ojos no encontré señales de keratitis, aunque si una úlcera superficial. Habiendo invitado al niño y á la madre á salir de la habitación, dirigí algunas preguntas al padre, pues había observado que al andar se apoyaba en un bastón y que su paso era torpe, como si estuviera, en parte, paraplégico. No andaba como aquel que padece ataxia locomotriz, sino que sus piernas se movían de un lado á otro, y al parecer érale difícil manejarlas. El hombre confesó que sus médicos, entre los cuales se contaban dos

ó tres de los más distinguidos especialistas, habían atribuido su parálisis á *infección venérea*; pero el caso es que había contraído la sífilis durante su vida de casado, y desde *el nacimiento de su hijo*, hacía unos ocho años. No había vivido ningún niño de los que tuvo después; y así se explicaba que el primero hubiese escapado, confirmándose al mismo tiempo el diagnóstico de la enfermedad específica en la madre.

Me interesó mucho obtener el mayor número de datos respecto á la paraplegia del marido. Resultó que las primeras indicaciones de la afección de la médula espinal consistían en dolor en la espalda, el cual se presentaba casi exclusivamente de noche. El paciente consultó sobre esto á varios médicos sin encontrar alivio, y muy pronto se debilitaron sus piernas, tanto que le era difícil sostenerse, presentándose al fin una paraplegia completa que le obligó á guardar cama, sin poder hacer uso de los miembros inferiores, y aquejándole además incontinencia de la orina y de las heces fecales.

El doctor Radcliffe fué el primero en diagnosticar el carácter sífilítico de la afección, prescribiendo, en su consecuencia, el ioduro. Después de dos meses de guardar cama restablecióse lentamente hasta hallarse en el estado en que yo le veía, y durante algunos años había estado así, siéndole posible andar, pero debía tener siempre el vaso de noche á mano. La potencia sexual faltaba del todo. Jamás había habido síntomas cerebrales, las pupilas funcionaban bien y la salud general era buena; pero en los miembros inferiores notábase algunas veces propensión á los movimientos espasmódicos reflejos. Durante algunos años no había tomado medicación alguna, ni se manifestó tendencia á la recidiva. Aquí se verá que la paraplegia se manifestó unos dos años después de los síntomas primarios; que la precedió dolor, del cual se resintieron los movimientos más bien que la sensibilidad; y que estaban afectados los esfínteres. Si añadimos que no manifestó tendencia á propagarse hacia arriba, y que no se afectaron otras partes del sistema nervioso, creo se podrá conjeturar que probablemente atacó la médula espinal un goma meningítico. Si hubiese sido cualquiera forma de mielitis crónica, los síntomas paralíticos no se habrían limitado tan marcadamente: tal vez hubieran

manifestado tendencia á propagarse. El restablecimiento con los específicos confirma el diagnóstico de sífilis, y es de mucha importancia notar que el alivio, aunque sólo parcial, pareció permanente. En otros muchos casos he observado esto, y sostendré que la curación de los accidentes nerviosos sifilíticos, cuando se obtiene por tratamiento específico, debe inspirar mucha confianza de que será constante. Se ha generalizado bastante una opinión en contrario, creyéndose que semejantes curaciones suelen ser solamente temporales: las que se obtienen por el ioduro de potasio no se consideran dignas de confianza, y júzgase que este medicamento es un *falso amigo* si se compara con el mercurio. Mi opinión es que todo depende de la extensión en que se aplica el remedio: si se deja antes de contenerse el proceso morbozo, seguramente habrá recidiva; pero si la curación local es al mismo tiempo completa, habrá buenas razones para confiar en que sea también permanente, importando poco que se obtenga por el ioduro ó por el mercurio. Puede haber, y con frecuencia hay, otras razones para dar la preferencia á uno de estos agentes; pero no es una de ellas la cuestión en cuanto á la constancia de la curación. El ioduro es para muchas personas, probablemente la mayoría, menos eficaz que el mercurio, y podrá no producir efecto á menudo, en cuyo caso son muy fáciles las recidivas; pero me es fácil presentar muchas pruebas en apoyo del aserto de que numerosas curaciones de formas graves de accidentes sifilíticos, sea del sistema nervioso, de la piel ó de otras partes, son permanentes si se completan por el ioduro. Tengo en observación muchos pacientes á quienes vigilé algunos años después de la curación.

COMENTARIO LVI

Caso de paraplegia que comenzó unos dos años después de la sífilis: restablecimiento con el mercurio, parcialmente: neuritis óptica de un solo ojo, que terminó por ceguera, sin recidiva durante veinte años.

Tengo otro caso de mucho interés que ofrece una impor-

tante prueba en cuanto al pronóstico de ciertos casos de paraplegia, y por muchos conceptos se puede considerar como paralelo de la anterior. Habíanme recomendado un caballero de cincuenta años, aquejado de una erupción que no era otra cosa sino una pitiriasis versicolor. Observé que estaba en parte paraplégico, y que sus piernas se movían de un lado á otro, aunque le era posible permanecer en pie y andar. Pedíle antecedentes sobre la historia de su primera enfermedad, y me los dió al punto.

Antes de casarse tuvo algún chancro venéreo, el cual trató con mercurio é ioduro, pero no recordaba haber tenido más síntomas que los locales; y se casó uno ó dos años después. Tan vagas eran sus reminiscencias sobre el caso, que hasta se podía dudar que jamás hubiese padecido sífilis. Antes de permitirle casarse, sin embargo, su médico le sometió á un nuevo tratamiento iodurado; de modo que aquel caballero creyó, sin duda, que aquejaba la verdadera sífilis. Esto sucedió en 1851.

El casamiento se verificó, y todo fué bien por algún tiempo; hasta que, á consecuencia de una enfermedad de su mujer mientras que viajaban por Noruega, estuvo muy disgustado é inquieto. La temperatura, por otra parte, fué excesivamente calurosa; y bajo estas condiciones la pierna derecha se debilitó un poco. Una mañana, al levantarse, nuestro hombre observó que había perdido la sensibilidad en ambos miembros. En tal estado volvió á su país, donde se sometió al tratamiento de uno de los médicos más notables. Parece que entonces no se le hizo indicación ninguna de sífilis; pero prescribiósele el mercurio para que le produjese la salivación. El paciente permaneció en su cuarto tres ó cuatro meses, y durante la primera parte de este período hubo incontinencia de orina y de materias fecales, con falta de sensibilidad en las extremidades inferiores é incapacidad para moverlas. El restablecimiento fué gradual; y, por último, el hombre pudo andar, reteniendo sus excreciones. A los seis meses no sentía ya dolores, y le era fácil andar apoyándose en un bastón. Sus intestinos han estado desde entonces muy perturbados, y su vejiga funciona con lentitud, habiéndose perdido para siempre la potencia

sexual. Las extremidades superiores no se afectaron nunca, y no ofrecen ningún síntoma nervioso marcado, como no sea la falta de visión del ojo izquierdo, el cual perdió un año ó dos después de la paraplegia.

Con esto se verá que nuestras razones para sospechar la sífilis están en la historia de los síntomas primarios y en la semejanza del ataque, así en su comienzo como en el restablecimiento, comparando con lo observado en otros pacientes en quienes la sífilis era segura. La presentación de la paraplegia seis meses después del casamiento, da motivo para sospechar en otro sentido, y por eso yo interrogué á mi paciente sobre sus propias impresiones. No creyó que tal fuese el caso, y añadió que hasta el día en que ocurrió había sido siempre muy vigoroso. Su aspecto corroboraba sus palabras; pues, si se exceptúa la paraplegia, parecía disfrutar de muy buena salud. No había habido nunca síntomas atáxicos.

La pupila del ojo sano funcionaba todavía bien, y tampoco padeció jamás marcados síntomas cerebrales.

Aquí tenemos, pues, otro caso de paraplegia corregida hasta cierto punto. Veintiséis años han transcurrido desde el ataque, y durante este tiempo no ha habido ninguna recidiva. Por otra parte, tampoco se obtuvo una mejoría progresiva, pues los miembros se han mantenido en el mismo estado en que se hallaban seis meses después del ataque. En cuanto al tratamiento, observaremos que el alivio se produjo mientras dominó la influencia del mercurio. Durante diez y ocho meses aplicáronse varias formas de galvanismo, pero sin beneficio material.

COMENTARIO LVII

Reblandecimiento de la médula espinal, con paraplegia, en el periodo secundario de la sífilis: muerte y autopsia; acompañado de obliteración de las arterias de la pia madre espinal.

Un caso citado por el doctor Fagge en su *Práctica médica*, nos ofrece un buen ejemplo de paraplegia ocurrida en el

segundo período de la sífilis; pero su principal valor consiste en la circunstancia de haberse hecho la autopsia y observándose en ella una extensa lesión de los vasos de la médula, cuyo reblandecimiento pareció ser secundario á la lesión arterial. «Un joven de veinte años se hallaba sometido al tratamiento del doctor Davies Colley para curarse la sífilis; pero, habiéndole atacado la paraplegia, confiése al cuidado del doctor Wilks, muriendo á los dos meses. En la región dorsal media la médula estaba aplanada y reblandecida en el espacio de pulgada y media de su longitud; los cordones antero-laterales, la sustancia gris, etcétera, hallábanse especialmente afectadas, y la última ofrecía un color pardusco. A la simple vista no se observaba ningún cambio evidente en la pía madre; pero si se examinaba con el microscopio una porción que correspondiera con la parte reblandecida, reconocíase que las paredes de las arterias estaban considerablemente espesadas y degeneradas. A la luz refleja parecían cilindros sólidos, opacos y blancos; y á la luz transmitida sus tejidos aparecían negros. Ni el doctor Goodhart ni yo conocemos caso alguno en que la afección se presentase en más temprano período; de manera que hubiéramos podido compararlo con lo que Heubner ha descrito tan completamente tocante á las arterias cerebrales. Creo muy probable que muchos casos de los que yo he considerado hasta aquí como ejemplos de reblandecimiento por mielitis sífilítica pueden atribuirse á mengua de sangre, subsiguiente á una afección sífilítica de numerosos vasos en la pía madre espinal; y puede ser también que la misma lesión sea causa de otros casos en que no se ha verificado ningún cambio morboso.

COMENTARIO LVIII

La paraplegia en la sífilis

Aunque he visto numerosos casos de paraplegia sífilítica, jamás se me ofreció ocasión de practicar el examen *post mor-*

tem. Este hecho dice mucho en favor del tratamiento; pero también nos deja muchas dudas en cuanto á la anatomía patológica de las diversas alteraciones comprendidas bajo este nombre. Estoy casi convencido de que muchas de ellas se deben á cambios centrales de naturaleza polio-mielítica, y que tenemos costumbre de diagnosticar una paquimeningitis mucho más á menudo de lo que existe. Los síntomas son á veces muy difíciles de interpretar, y es extraño el hecho de que algunas de las autopsias practicadas nos hayan dejado más perplejos que antes. En un caso, ya citado, el doctor Fagge halló una extensa lesión de las pequeñas arterias de la pía madre espinal.

En algunos casos la función motriz es la que principalmente sufre, y en otros la sensitiva; pero en muchos, ambas son atacadas, aunque no por igual. Rara vez se interesa un miembro solo, pero es muy común que uno preceda al otro y sufra más gravemente.

El dolor en la columna vertebral, á través de la región lumbar, es un síntoma casi constante en el primer período, y algunos han supuesto que indica una lesión meníngea. Su valor en este sentido es probablemente erróneo, pues sabemos que en otras afecciones puede haber extremado dolor en la columna vertebral por los movimientos, siendo seguro que no existe la meningitis.

Cuando faltan únicamente ó bien la sensibilidad ó bien el movimiento, en una extensa área, y particularmente si ambos miembros están afectados, es más probable que la lesión sea central que no que resulte de la compresión sobre las raíces nerviosas.

Si faltan á la vez la sensibilidad y el movimiento en un espacio limitado y definido, tal abolición indica que hay compresión sobre un tronco nervioso después de haberse reunido las raíces, ó bien sobre éstas; pero esta condición es rara y puede implicar simplemente una neuritis local.

En los casos más graves, en que el movimiento queda afectado, los esfínteres sufren casi siempre.

Según mi experiencia, los casos de paraplegia sifilítica se curan casi siempre, pero queda mucha debilidad en el dorso y

en los miembros. El restablecimiento suele ser permanente.

Los casos de sífilis en que una fuerte cefalalgia precede á los síntomas cerebrales, son, sin duda, casi invariablemente, meníngeos si no óseos. Las alteraciones debidas á lesiones arteriales no son, á menudo, dolorosas en mi concepto; pero cuando los dolores nocturnos dependen de una paquimeningitis ó periostitis interna, entonces son, con frecuencia, muy agudos, y en algunos casos privan del conocimiento hasta cierto punto, experimentando el paciente pesadez y soñolencia (Buzard).

En las *Memorias de la Sociedad Patológica* he citado un caso relativo á un extenso goma meníngeo, en que el dolor había sido tan terrible que llegó á producir coma. En otro caso, un hombre que estuvo largo tiempo sometido á mi tratamiento á causa de una osteítis sífilítica, con gran espesamiento de un fémur, comenzaba á quejarse de la cabeza, y, á las dos ó tres semanas de sufrir mucho, murió sin conocimiento. No le vi durante su última enfermedad, y no conozco los detalles; mas, por la intensidad del dolor descrito, no dudo que tuviera una osteítis con exudación, y posiblemente una extosis interna supurante.

COMENTARIO LIX

Casos de parálisis espinal ascendente (sobre todo motriz) en diferentes periodos de la sífilis

En sus interesantes *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*, el doctor Buzzard cita varios casos en que hubo tendencia á la parálisis espinal general relacionada con la sífilis, que se manifestaron en muy diferentes períodos de la enfermedad.

En uno, que terminó fatalmente á los quince días, sólo habían transcurrido algunos meses desde los accidentes primarios, y siguióse la muerte á una parálisis ascendente muy grave que afectó, sobre todo, las funciones motrices. La autop-

sia no dió á conocer ninguna lesión visible; pero, sin duda, existía una mielitis. En otro caso, el paciente, que estaba sometido al uso de las unciones mercuriales, se restableció de un ataque agudo muy amenazador, ocurrido cinco años después de la sífilis. Sólo fué una parálisis motriz. En un caso tratado por el doctor Buzzard, el período intermedio fué nada menos de veintiocho años; y, como ya se comprenderá, los síntomas habían sido algo más graduales en su desarrollo, afectándose, sobre todo, el movimiento. Pero desaparecieron en gran parte con la medicación.

En otro caso un joven quedó paralítico del movimiento seis meses después de la sífilis, y murió por akinesia de los músculos respiratorios al décimo día. Por desgracia no se hizo la autopsia.

COMENTARIO LX

Insolación simulada con frecuencia por la sífilis

Durante largo tiempo he observado que la causa común de la *insolación* es la sífilis. No quiero decir que los fuertes ataques, á menudo fatales, llamados así en general, se deban á esta enfermedad; sino que los individuos que vuelven á Inglaterra y dicen que en la India ú otra parte han sufrido una insolación, los más padecen sífilis. Los ataques de parálisis cerebral por lesión sifilítica de las arterias se parecen mucho á los de insolación, y reciben su nombre. El doctor Buzzard ha escrito, al tratar este punto: *Tengo razones para creer que á menudo representan la fiebre cerebral y la insolación del vulgo.* Yo puedo corroborar esta impresión.

COMENTARIO LXI

Casos de perturbación cerebral, manía, etc., después de la sífilis

Ocurren algunos casos en que desarreglos mentales más

ó menos agudos parecen relacionarse con la sífilis. Cierta joven fué conducido un día al hospital de Londres por los agentes de seguridad, á causa de dar señales de manía. Había comenzado á romper cristales en la calle, y no podía darse cuenta de sí mismo. No quiso contestar á ninguna pregunta, y mostrábase tan violento que fué preciso sujetarle. Exhalaba un hedor fétido por la nariz, y vióse que tenía un hueso lesionado, evidentemente por causa sifilítica. Dispusimos que se le administraran dosis macizas de ioduro de potasio, y obtuviéronse resultados excelentes. Al cabo de algunos días su inteligencia se despejó del todo, y entonces se supo que durante algún tiempo había padecido fuertes cefalalgias.

Con el doctor Rogers, vi una joven que había padecido sífilis un año antes, y que, durante la semana que precedió á nuestra visita, fué atacada de demencia. Rara vez contestaba á las preguntas que se le dirigían, y al parecer sentía debilidad en todos los miembros, pero en ninguno había parálisis. Erale posible andar por la habitación, aunque vacilando algo. No observamos neuritis óptica: el estado mental era lo más culminante que presentaba la paciente. Conociendo los detalles anteriores, recetamos el mercurio combinado con el ioduro; y á las seis semanas, según me dijo el doctor Rogers, recobró por este tratamiento el uso de los miembros, así como también la razón en gran parte. Creo que al fin se restableció del todo.

Lo que más probablemente podría deducirse respecto de estos casos, es que los síntomas eran debidos á congestiones locales de la pía madre, con ligera exudación. No es inverosímil que semejantes casos puedan terminar, tal vez, después de un gran intervalo, desarrollándose lo que conocemos con el nombre de *parálisis general de la locura*. Esta enfermedad, mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres, se manifiesta á menudo, como es sabido, en aquellos que han padecido sífilis. Es una forma común de locura en los más de nuestros asilos, pero casi desconocida en el Retiro de York, institución en que se recibe casi exclusivamente á los individuos de la Sociedad de Amigos. Su anatomía patológica suele consistir en adherencias de la pía madre á la sustancia cortical en extensas áreas.

COMENTARIO LXII

Conozco un caso importante que nos da á conocer el lento desarrollo de las secuelas de la arteritis de los vasos cerebrales, caso que recuerda el doctor Anderson. He reducido la historia á la siguiente forma sinóptica, que se explica suficientemente de por sí; pero no se dan detalles sobre el tiempo que se prolongó el tratamiento específico. El caso es excepcional en cuanto á la manera de ocasionarse la muerte; mas por otros conceptos confirma, sin duda, lo que es común.

Caso en que la propensión á las cefaleas por esfuerzo mental se presentó cuatro años después de la sífilis, persistiendo por espacio de dos, con debilidad mental que rayaba en locura: última enfermedad precedida de parálisis facial y hemiplegia: obliteración de las arterias basilar y cerebral media derecha.

Caso recogido por el doctor Anderson, é inserto en las Memorias Patológicas de 1881

Edad	Fechas	
29	1. ^{er} año.	Chancro duro y síntomas secundarios que desaparecieron del todo con el tratamiento acostumbrado.
30	2. ^o »	Muy bien.
31	3. ^o »	Muy bien.
32	4. ^o »	Muy bien.
33	5. ^o »	Comenzó á quejarse de dolores de cabeza y pérdida de memoria; dolor sordo en las sienes y confusión mental. Empeoró por los esfuerzos mentales, y alivióse por el ejercicio físico.
34	6. ^o »	Los síntomas de cabeza persistieron, aumentando los dolores en la misma. Maneras reservadas y sospechosas. Uso de específicos sin mucho resultado.

- 35 7.º año. Ataque repentino de parálisis facial parcial. Confusión de ideas. Hemiplegia izquierda parcial; dolor sordo en el lado derecho de la cabeza. Seis días después anestesia parcial de la piel con hemiplegia izquierda completa. Restablecimiento temporal. Recidiva á las dos semanas. Muerte por coma después de un espasmo tetánico. Opistotonos. Hiperpirexia.

Autopsia.—Espesamiento nodular denso de las tunicas del tronco basilar, y en menor grado de la arteria cerebral media derecha. Las lesiones fueron características de la sífilis, é invadieron todas las tunicas; pero en algunas partes, especialmente la interna, y en otras la media y la externa. No se hallaron gomas dentro del cráneo, ni otros cambios, excepto un reblandecimiento superficial cerca de la ínsula derecha de Reil.

El doctor Anderson escribe: «Las revelaciones obtenidas por el examen *post mortem* explican muy bien los síntomas hasta cierto punto. El dolor de cabeza, excitado sólo por el esfuerzo mental, coincidió con la estenosis gradual del tronco basilar, que impidió el abundante aflujo de la sangre exigido por las activas funciones cerebrales. La falta de memoria, etc., se explica por la misma causa. La parálisis final y el ataque hemipléxico se pueden atribuir á la obliteración de la arteria cerebral media. La causa de tétanos, la hiperpirexia (40°5) y la muerte son más difíciles de explicar. No se examinaron las vísceras.»

COMENTARIO LXIII

Muertes por trombosis cerebral relacionada con la sífilis

En 1864 el doctor Bristowe citó el caso de un hombre de veintisiete años que durante cuatro había padecido á causa de una recidiva de síntomas sifilíticos, experimentando, por último, dolores de cabeza y dejadez, con pérdida del uso del

brazo derecho y de ambas piernas, pero conservando el conocimiento. Tres semanas después se volvió á quejar de la cabeza, y de pronto quedó insensible, muriendo á los diez días. Además de una cavidad en el cuerpo estriado izquierdo, á la cual se debió probablemente el primer ataque, la arteria cerebral media derecha estaba completamente obliterada por un coágulo incoloro. No se notó lesión alguna del corazón, ú otro origen de embolía; y el doctor Bristowe indicó que la trombosis era debida á la sífilis, aunque la arteria no pareciese haber estado especialmente enferma.

COMENTARIO LXIV

Caso de meningitis después de la sífilis: restablecimiento: ataque de afasia: paraplegia inminente un año después

En el siguiente caso observóse una perturbación cerebral, que se supuso implicaba una meningitis, seis meses después de la sífilis. M. R., de veintisiete años de edad, tuvo un ataque completo de sífilis, aunque benigno, á principios de 1883. Había dejado de medicarse algún tiempo, cuando en noviembre del mismo año comenzó á padecer fuertes dolores de cabeza, los cuales terminaron por delirio y manía, siéndole forzoso permanecer un mes en cama. En una consulta que se celebró con el doctor Jackson, se diagnosticó de meningitis; pero, á causa de su género de vida, dudóse que la sífilis fuera la única causa. Se obtuvo el restablecimiento con altas dosis de ioduro de potasio, y después de su enfermedad observóse que había perdido muchas carnes. Durante el verano estuvo muy débil, y en setiembre sufrió un ataque de afasia, con insensibilidad de la mano derecha. Estos síntomas se manifestaron algo repentinamente cierta mañana después de almorzar; pero este individuo había padecido ya, algún tiempo antes, cefaleas.

Cuando me lo presentaron le recomendé las unciones, y con este tratamiento se alivió de la cabeza, desapareciendo

por completo la paresia. Se me consultó de nuevo, quince meses después, á causa de la debilidad de las extremidades inferiores. El señor R. gozaba yade buena salud, había recobrado sus carnes, y quejábase solamente de la cabeza. Según nos dijo, su memoria y su juicio eran tan buenos como antes, pero experimentaba debilidad en las piernas, sobre todo cuando trataba de bailar. Podía permanecer en pie y andar, pero vacilaba si iba de prisa, y por eso deseaba siempre llevar baston. El juego de la rodilla era excesivo, y las pupilas funcionaban bien. Le receté de nuevo las unciones mercuriales. No había entorpecimiento en las piernas, ni perturbación en la vejiga ó los intestinos.

Guiados por la luz de los síntomas subsiguientes y la influencia del tratamiento, apenas podemos dudar, en mi opinión, que la grave afección cerebral que se presentó seis meses después de la sífilis fué debida á ésta realmente. Es de advertir que el paciente no tuvo nunca iritis ni retinitis.

COMENTARIO LXV

Sobre la oftalmoplegia interna

En un escrito que se leyó en 1876 ante la Sociedad Médico-Quirúrgica, describí una forma á que di el nombre de *oftalmoplegia interna*. En dicho caso se hallaban afectados todos los músculos internos del ojo, con pérdida de la facultad de acomodación, é inmovilidad completa de la pupila. En cuanto al iris, así las fibras radiadas como las circulares sufrían parálisis, y, por lo tanto, esta condición difería de la que lleva el nombre de *pupila de Argyll-Robertson*, en la que la pupila es insensible á la luz, pero se contrae para la convergencia en el esfuerzo para la acomodación, sin que se pierda esta facultad, y sin que se altere en muchos casos. Actualmente se sabe muy bien que este último estado depende de cambios centrales, siendo parte de la enfermedad conocida con el nombre de *ataxia locomotriz*.

Si hago mención aquí de la *oftalmoplegia interna*, es porque parece hallarse relacionada con la sífilis en la mayoría de casos. Cuando publiqué el citado trabajo, aunque yo sabía que algunas veces precede á la ataxia locomotriz y que había razones para creer que en algunos casos era de origen central, sin embargo, pensé que la explicación más probable en el mayor número de aquéllos era que dependía de una enfermedad periférica y que esta enfermedad tenía su localización en el ganglio oftálmico. Esta opinión fué discutida, en un luminoso escrito, por el doctor Allen Sturge, que la atribuía exclusivamente á una lesión central. Algunos de mis pacientes se habían aliviado con el tratamiento específico; y aunque en varias series no pude obtener antecedentes definidos de sífilis, me incliné mucho á sospecharla en todos.

Mi experiencia de esta curiosa combinación de síntomas, desde que publiqué mi escrito, no ha modificado materialmente mi manera de ver en cuanto á su causa ó su valor pronóstico. Si bien en cierto número de casos ha sido precursora de la ataxia, en la mayoría de los pacientes sometidos á la observación no se siguieron tales consecuencias.

Por más que no haya tenido oportunidad para confirmar mi conjetura, respecto á quedar afectado el ganglio oftálmico, por el examen *post mortem*, me parece la hipótesis más probable en la mayoría de casos, y todavía me mantengo en la opinión de que la sífilis es la principal causa á que se debe.

Tomaré de mi escrito y de otras notas algunos casos propios para ilustrar la cuestión.

Una mujer llamada T. estaba á mi cuidado, en 1869, por haber sufrido repentinamente pérdida de acomodación de ambos ojos. Tenía las pupilas de mediano tamaño y casi inmóviles, y la simetría de la lesión indicaba probablemente una causa central. Yo había visitado á la paciente, cuatro años antes con ocasión de la sífilis.

Desde 1855 á 1868 había estado sometido á mi observación un individuo de treinta y cuatro años, el cual aquejaba una debilidad progresiva de los músculos internos del ojo. Algunos años antes había padecido una sífilis benigna, y traté con específicos los síntomas oculares. No sé si se habían desarrolla-

do alguna vez otras señales de ataxia. Cuando escribí mi última nota, la oftalmoplegia era completa en un ojo; mientras que en el otro, aunque la iridoplegia lo era también, no se había perdido la facultad de acomodación.

En otro caso la paciente fué una criada de veintisiete años. Su enfermedad progresaba hacía seis meses, y era completa en el ojo izquierdo, pero en el derecho quedaba alguna fuerza de acomodación. No hubo más señales de perturbación del sistema nervioso. Aunque no obtuve antecedentes sobre una causa específica, traté á la paciente con ioduro de potasio, y al cabo de tres meses se alivió algo con este medicamento.

Un veterinario de treinta y seis años, que había padecido sífilis ocho años antes, presentaba las lesiones en forma simétrica. Pero no eran del todo completas en cada ojo, puesto que conservaba alguna facultad de acomodación. Sentía agudos dolores en los miembros, y era probable que el caso terminase en ataxia.

Los casos descritos bastan para dar á conocer la condición de que hablamos. No es inverosímil que, si yo hubiese podido observar los pacientes durante períodos más largos, habría visto, como consecuencia, el desarrollo de la ataxia más veces de las que yo pudiera sospechar. Haya ó no antecedentes de sífilis, no vacilaré en recomendar un enérgico tratamiento mercurial en todos los casos en que se reconozca la *oftalmoplegia interna*, sobre todo si los síntomas son de reciente desarrollo.

COMENTARIO LXVI

Sobre la oftalmoplegia externa

Creo que el término *oftalmoplegia externa* se ha usado por muchos autores, sobre todo los del continente, como aplicable á todas las formas de parálisis de los músculos oculares externos; pero tal vez fuera conveniente restringirle á los casos en que se declara una tendencia á generalizarse el mal y en los que son atacados los músculos de más de un nervio.

La distinción es arbitraria y establecida sólo para la conveniencia clínica, pero es evidentemente muy fácil designar la lesión de cada nervio craneano en particular, verbigracia parálisis del sexto, tercero, cuarto par, etc., según el caso, dejando el término completo para el grupo particular de casos en que muchos músculos son atacados, manifestándose tendencia á la simetría. En este sentido usé el término en una memoria leída hace algunos años ante la Sociedad Médico-Quirúrgica. Los casos simétricos y generalizados difieren mucho, en su curso clínico, del que ofrece el de cada nervio en particular. Por lo general son lentos y continuamente agresivos, mientras que aquéllos en que solamente se afecta un nervio se curan á menudo rápidamente con el ioduro de potasio ó el mercurio; y, como sabemos muy bien, con frecuencia son precursores de la ataxia locomotriz. Según acabo de indicar, la oftalmoplegia es difícil de tratar, y es muchas veces agresiva, á pesar de los remedios: hay razones para creer que es generalmente de origen sifilítico. Aunque no se cure, casi siempre se alivia por el tratamiento específico, y no debemos vacilar en decir que se ha de usar el ioduro ó el mercurio en suficientes dosis cuando el mal amenaza. El único caso que yo pude observar hasta su fatal conclusión, terminó á los seis ó siete años por parálisis general.

En este ejemplo no se usaron específicos continuamente porque el individuo persistía en negar toda existencia de sífilis; y en apoyo de su negativa presentóme dos de sus hijos, que, á la verdad, estaban muy bien desarrollados. Sólo, poco antes de la muerte del paciente, la casualidad quiso que su hija mayor se sometiera á mi observación, y entonces tuve oportunidad de reconocerla. Presentaba un keratitis, y padecía evidentemente sífilis hereditaria. De este caso hablé detalladamente en el citado escrito, y desde que se publicó he conocido otros ejemplos muy notables de la misma enfermedad. Creo que todos los pacientes, excepto dos, habían padecido sífilis. Uno de éstos era un hombre que estaba al cuidado del doctor Tay, y en quien no había motivo para sospechar la afección, manifestándose la oftalmoplegia externa en ambos ojos como consecuencia directa de una grave lesión en la cabeza.

En un caso muy interesante los síntomas comenzaron á los pocos años del ataque de sífilis, siendo el primero la ptosis de uno de los párpados. No se hizo diagnóstico. Y como no se empleó tratamiento, ó por lo menos en muy poca escala, la lesión progresó lentamente, casi sin complicaciones, durante un período de veinte años. Al cabo de este tiempo el paciente conservaba aún buena salud, pero tenía las pupilas casi inmóviles y los párpados superiores tan caídos que casi cubrían aquéllas.

COMENTARIO LXVII

Sobre la ataxia en relacion con la sífilis

Un médico amigo mío me refirió el siguiente caso, que él mismo pudo observar. Cuando era cirujano en el hospital de Lock, veinticinco años atrás, trató á tres amigos estudiantes de medicina aquejados de sífilis. Todos tomaron ioduro de mercurio, que produjo buen efecto, y los tres disfrutaron de un largo período de buena salud. Pero ahora están afectados de ataxia. En dos de los pacientes, los primeros síntomas se manifestaron unos veinte años después de la sífilis, pero en el tercero hasta los veinticuatro. Ninguno de ellos se había casado, y creíanse que gozaban de muy buena salud, no habiéndose expuesto de ninguna manera particular á las causas excitantes de la enfermedad. Como éstos eran los únicos pacientes sifilíticos á quienes mi amigo pudo observar de cerca toda la vida, el caso le produjo, naturalmente, mucha impresión, atendidas sus creencias.

El doctor Mortimer Granville habla también de un caso de cierto médico que padecía ataxia muchos años después de la sífilis.

La mujer que le comunicó el chancre se halla también ahora en el mismo período de igual enfermedad.

COMENTARIO LXVIII

Caso de sífilis en que la ataxia era inminente: parálisis de los solos músculos del ojo como síntoma de sífilis.

El siguiente caso nos da á conocer la inminencia de la ataxia locomotriz en el período terciario de la sífilis. Un caballero, Mr. W., de cuarenta y nueve años, residente en el país de Gales, se me presentó para curarse una úlcera del paladar. Le vi el día de Navidad de 1883. El hueso estaba denudado, y una porción cayó después. No había duda en que la afección era sífilítica; y con el iodoformo y los ioduros, después de retirar el hueso necrosado, se comenzó á conseguir la curación. Hacía diez y ocho años que había ocurrido el ataque de sífilis, y durante este largo tiempo Mr. W. disfrutó excelente salud.

Diez y ocho meses más tarde, Mr. W. observó que su párpado izquierdo pendía, y fué á Londres para consultarme sobre esto. Ninguno de los músculos del ojo se hallaba defectuoso y las pupilas funcionaban bien, pero el reflejo rotuliano faltaba del todo. No le era posible andar bien con los ojos cerrados, y no sentía los dolores característicos. Le receté de nuevo el mercurio y los ioduros. A los cuatro meses la bletaroptosis había casi desaparecido, y podía andar mucho mejor.

Se observará que los síntomas atáxicos eran irregulares é incompletos. El hecho es que se había manifestado un goma del paladar dos años antes, siendo por esto muy probable que los tejidos comenzaran á alterarse con los cambios sífilíticos, confirmandose así la sospecha de que los síntomas nerviosos se debían á esta causa. El resultado del tratamiento confirmó este modo de ver.

El caso no es raro, sino, al contrario, bastante común. Mucho antes de que estuviésemos familiarizados con la ataxia, era costumbre sospechar la sífilis cuando el párpado superior pendía, ó se paralizaba cualquiera de los músculos del ojo; y en tales casos el tratamiento específico solía ser provechoso.

Sabemos que la ptosis producida en tales circunstancias es, por lo regular, una parte de la ataxia ó precursora de ella; y bien puede aceptarse el antiguo credo en cuanto á la causa, como argumento en favor de la opinión de que la enfermedad es en sí de origen sifilítico. No deja de ser curioso que estos ataques de ptosis, con ó sin parálisis de los músculos rectos, fueran curables por lo regular. En una gran mayoría de casos el paciente se restablecía, y yo creo que rara vez se repetían los síntomas. Cuando son atacados muchos de los músculos rectos á la vez, y sobre todo si la afección es bilateral, el pronóstico se hace más grave. La curación de la ptosis, cuando precede á la ataxia, contrasta singularmente con lo que sabemos respecto á la pérdida de la visión por complicación del nervio óptico en la misma enfermedad. Esta última progresa casi siempre á pesar del tratamiento, resultando ceguera completa.

Podemos apuntar, como hecho clínico curioso, que, mientras la oftalmoplegia externa es casi invariablemente sifilítica, nadie ha relacionado aún con esa causa la parálisis glosolabio-faríngea, ó cualquiera otra de las diversas formas de de la atrofia muscular progresiva.

COMENTARIO LXIX

Sobre la relación entre la ataxia locomotriz, la parálisis general de la locura y otros desórdenes crónicos y agresivos del sistema nervioso, y la sífilis.

Si nos fijamos en el lazo de unión que existe entre la sífilis y ciertas afecciones crónicas del sistema nervioso, tales como la ataxia locomotriz y la parálisis general de la locura, probablemente deberemos deducir que más bien predispone á ellas que las origina. En algunos casos puede ser tal vez la única causa eficaz, y entonces el tratamiento específico será, sin duda, marcadamente provechoso; pero en la mayoría han intervenido las otras causas excitantes, de ordinario tomando

una gran parte en la realización de la enfermedad. En tales casos no podemos esperar gran resultado de los antídotos contra la sífilis. Acaso esta enfermedad predispone deteriorando los tejidos por ataques transitorios de congestión inflamatoria durante el primero ó segundo período del mal. Aunque el restablecimiento de aquéllos puede parecer completo, no vacilaremos en asegurar que nunca lo es del todo. Los tejidos que se han afectado así, mantiéñense ya, para siempre más, predispuestos á las formas de enfermedad inflamatoria crónica, y aun á sufrir los cambios degenerativos primarios que hubiesen podido depender de otra causa. Así, por ejemplo, cuando la enfermedad se manifiesta, podrá no diferir de una manera apreciable de otras en que no hubo antecedentes sifilíticos. También es posible que intervengan las causas excitantes ordinarias. En la parálisis general de la locura, el exceso de trabajo mental, la ansiedad y la perturbación suelen ser los medios para promover la enfermedad; mientras que en la ataxia locomotriz, los excesos sexuales, la fatiga en los miembros al andar, etc., y la exposición al frío y á la humedad, figuran en análoga categoría.

Una vez pude conocer los pormenores de cierto caso de parálisis general que parecía muy propio para confirmar las anteriores observaciones. Un padre de familia que tenía niños muy sanos, y que durante mucho tiempo había disfrutado de excelente salud, comenzó á experimentar cierta depresión de ánimo á causa de pérdidas de fortuna de no suficiente importancia para producir semejante resultado. Resolvió ausentarse algún tiempo de su casa, se alivió, y después tuvo una ligera recaída. Durante el año siguiente se conservó bien, aunque predispuesto á repentinos ataques que afectaban la lengua, privándole del habla durante algunos minutos. Después sufrió un ataque de manía benigna que se prolongó tres semanas, cesando cuando las encías se mostraron afectadas por el mercurio. Pasado esto, permaneció en un estado de debilidad mental, y sufrió mucho á consecuencia de un excesivo flujo salival. Otro ataque de manía hizo necesaria la traslación del paciente á un asilo, donde murió, con todos los síntomas acostumbrados, unos cinco años después de las primeras señales de

perturbación mental. La pía madre se encontró adherente en grandes espacios. En este caso hubo antecedentes de sífilis completa cosa de un año antes del casamiento, y á los seis ó siete comenzó la enfermedad mental. Sin embargo, durante ésta no hubo marcadas señales de infección, y creo que el curso de la enfermedad era del tipo acostumbrado. Se diagnosticó, sin vacilar, por todos los especialistas de parálisis general de la locura. El beneficio inmediato que se obtuvo una vez con el mercurio, fué muy decidido. Nada se hubiera sospechado en cuanto á sífilis si el paciente no se hubiese acusado á sí mismo durante sus delirios, nombrando el médico que le visitaba. La curación que se obtuvo con el mercurio había sido, al parecer, completa, porque nunca tuvo el menor vestigio, y sus hijos no presentaron jamás síntoma alguno sospechoso.

He citado el caso porque creo que es un buen ejemplo de una causa bastante común, contándose en nuestros manicomios miles de pacientes que tienen una historia muy semejante.

Algunos se inclinan á creer que probablemente no tuvo nada que ver la sífilis con la enfermedad cerebral. Podemos admitir que esta última no presentó nunca marcados caracteres sifilíticos; pero no me persuado de que hubiese ocurrido faltando la sífilis, que había dejado los tejidos vulnerables.

Creo que se puede sostener la misma especie de argumento por lo que hace á los muy numerosos casos de ataxia locomotriz observados en individuos que aquejaron sífilis. Mi experiencia no es suficiente; pero, según ella, diré que muy rara vez vemos la ataxia en aquellos que no padecieron aquella enfermedad. Sin embargo, en una gran mayoría de estos casos, otras causas bien conocidas pudieron influir, como los excesos sexuales, la excesiva fatiga y la exposición de las extremidades inferiores al frío. Un tratamiento antisifilítico, aunque es casi siempre beneficioso, no cura, en realidad, la afección; por regla general, no se manifiestan otras indicaciones de infección tardía. Los pacientes son atáxicos, y la enfermedad suele progresar según la forma del tipo de esta enfermedad cuando se produce independientemente de la sífilis. Casi siempre el paciente ha pasado muchos años desde que se vió invadido por el mal, conservándose, durante el intervalo, en excelente salud.

Sabemos muy bien que la sífilis puede ocasionar, después de largos períodos de reposo, inflamaciones meníngeas ó viscerales, gomas, etc.; pero generalmente de una manera irregular y no simétrica. Se desarrollará más ó menos rápidamente, y es posible la curación con el tratamiento específico. Es, en cierto modo, contrario á la regla el que en este último período aparezca una enfermedad lenta, agresiva y sistémica, como es la ataxia; pero recordemos que parecería ser casi la única causa de la oftalmoplegia externa, alteración concomitante algunas veces. La dificultad, se explica, sin duda por el hecho de que la enfermedad es excitada realmente por otras causas, pero desarrollándose más fácilmente, y avanzando mucho más cuando se presenta en aquellas personas cuyos tejidos se han deteriorado por la sífilis.

El doctor Buzzard tiene un bien razonado capítulo sobre la relación entre la sífilis y la ataxia, y en él sostiene que el tratamiento específico es inútil ó perjudicial, opinión de que no participan Fournier ni Charcot. Mi experiencia me hubiera conducido á creer que el mercurio y el ioduro alivian mucho, á menudo. Admítase que la ataxia se presenta pocas veces en las mujeres y mucho menos aún en las de la clase elevada.

COMENTARIO LXX

Oftalmoplegia externa, relacionada con la sífilis hereditaria

No recuerdo más que dos casos en que observé la oftalmoplegia externa como resultado de la sífilis *congénita*.

Uno de ellos se presentó en una mujer, la cual era muy posible que hubiese adquirido la infección, aunque por otra parte no había motivo para sospecharlo. Del otro caso citaré brevemente los detalles. El enfermo, Abraham F., tenía diez y seis años cuando yo le vi. Sus dos pupilas estaban casi fijas, y los párpados superiores caídos, aunque por un esfuerzo podía levantarlos hasta descubrir casi toda la córnea. Todos los

músculos rectos estaban atacados de parálisis en ambos lados, pero en los dos el recto externo sufría menos que los otros. El paciente estaba del todo ciego, con atrofia blanca de los nervios ópticos, habiendo faltado ya la visión á los trece años. El hermano mayor del paciente no presentaba señales de infección hereditaria. Durante el progreso de la oftalmoplegia, que había sido gradual, el paciente estuvo al cuidado del doctor Liebriech, de Mr. Bader y Mr. Jackson, los cuales no vieron indicaciones de enfermedad nerviosa agresiva. El muchacho era inteligente, y, aunque sin vista, sabía ir solo á la escuela de ciegos.

La atrofia del nervio óptico, probablemente secundaria de la neuritis, es á veces concomitante de la oftalmoplegia interna, y se considera como un mal pronóstico, pues indica la posibilidad de que la enfermedad ataque otras partes del sistema nervioso.

COMENTARIO LXXI

Hemiplegia probablemente por lesión arterial en un niño: epilepsia dos años después: coroido-retinitis crónica

Según he indicado ya, no es común hallar indicaciones de lesión arterial (ó de parálisis cerebral posiblemente en relación con ella) en casos de sífilis hereditaria; pero el doctor Barlow ha probado que las arterias se afectan algunas veces, aun en los niños. En el siguiente caso, muy excepcional, el ataque cerebral fué semejante á lo que á menudo se observa en la enfermedad adquirida. La paciente, que me fué enviada por el doctor Clarke, era una niña de cinco años, cuya madre había muerto á consecuencia de sífilis constitucional. Tenía poca inteligencia, pero podía hablar bien; la cabeza era grande y la visión algo dificultosa; las papilas ópticas estaban pálidas y como cerosas, observándose extensos cambios por efecto de la coroido-retinitis, muy semejantes á los de la retinitis pigmentosa. La historia era la siguiente: A la edad de tres años

esta niña había experimentado un ataque de parálisis (hemiplegia derecha); nueve semanas antes de esto la niña sufrió una caída, y á la hemiplegia precedió una enfermedad de cuatro días, con náuseas, etc., é inquietud nocturna. Después, una mañana, la nodriza observó que los miembros izquierdos estaban paralizados. La muñeca, los dedos y el codo se mantenían doblados y movíanse con rigidez, como los de una muñeca de madera. La extremidad inferior derecha se había debilitado también, pero la superior manteníase del todo libre. El lado izquierdo de la cara estaba atacado de parálisis, así como los miembros. Dos años después de manifestarse la hemiplegia, la enferma sufrió otro accidente, quedando privada de conocimiento por espacio de treinta y ocho horas; durante diez días ocurrieron varias convulsiones, y la paciente no reconocía las personas. Esto no ocasionó parálisis y al parecer fué un ataque de carácter epiléptico.

COMENTARIO LXXII

Hemiplegia en una joven que había sufrido una grave sífilis congénita

El doctor Turner me envió una joven de diez y nueve años que había perdido parte de la nariz, los incisivos superiores y el paladar blando, hallándose además sorda y con las córneas empañadas. Sabíase que su madre había padecido sífilis, y no podía caber la menor duda de que la joven había sufrido también gravemente la infección heredada. Aseguróme que no se habían manifestado síntomas hasta la edad de once años. El principal interés del caso estaba en el hecho de que la muchacha había sufrido, hacía poco, un accidente que le ocasionó hemiplegia de los miembros derechos; pero este desorden desapareció ya.

COMENTARIO LXXIII

Perturbaciones nerviosas en la sífilis hereditaria

El doctor Jackson ha recordado la siguiente notable historia de una familia:

Prima (diez y ocho años) tenía buena dentadura y excelente salud; pero en ambas pupilas veíanse extensas adherencias y cicatrices en las comisuras de los labios.

Secunda (quince años) era delicada, tenía dientes típicos, ceguera parcial, y un ligero grado de hemiplegia derecha; había filamentos en el cuerpo vítreo, y las papilas ópticas estaban pálidas. Más tarde se debilitó también la pierna izquierda.

Tertia (doce años) tenía dientes típicos, había padecido siempre, y estaba casi ciega del ojo izquierdo. Cuerpo vítreo, etc., como en la *secunda*.

Quartus (ocho años) había sufrido accidentes, estaba casi ciego, paraplégico, y parcialmente idiota. En cada cuerpo vítreo había opacidades, y las papilas eran de un blanco sucio.

Quintus (dos y medio años) era raquítico, sin nada más.

El doctor Jackson indica que probablemente en alguno de estos casos se habría afectado la pía madre.

COMENTARIO LXXIV

Casos de epilepsia y cefalea asociados con la sífilis hereditaria

Una muchacha de once años, que tenía dientes característicos, padecía una keratitis doble y una sinovitis simétrica de las rodillas; estaba sorda, y era propensa á experimentar fuertes dolores de cabeza, con epilepsia. Díjose que los primeros dientes habían caído todos á los tres años, y careció de ellos durante todo el tiempo que estuvo á mi cuidado.

Un muchacho de catorce años de edad, del cual cuidaba el doctor Brown-Sequard, tenía dientes característicos y keratitis. A la edad de cuatro años fué atacado de epilepsia, seguida de hemiplegia derecha. Quedó, en parte, idiota y sufrió repetidos ataques epilépticos.

Un joven de diez y nueve años (Alfredo O., á mi cuidado) tenía dientes característicos. Mostróse propenso á la epilepsia á los once años, asociándose los ataques con espasmos de los músculos de los miembros izquierdos. Estos espasmos eran dolorosos, precedidos siempre de pérdida del conocimiento. Tuvo una keratitis doble á la edad de diez y ocho años.

COMENTARIO LXXV

Neuritis fusiforme en relación con la sífilis heredada

El doctor Ormerod, en las *Transacciones Patológicas*, ha publicado el caso de una mujer de veintitrés años que padecía de sífilis hereditaria. El carácter particular en este caso, y creo que casi único en relación con esa causa, era la existencia de un engrosamiento fusiforme del nervio mediano izquierdo en el centro del brazo. El tumor era blando á la presión y se había presentado hacía tres años, habiéndose asociado con parálisis motriz, atrofia y anestesia.

COMENTARIO LXXVI

Parálisis de los nervios craneales en un caso de sífilis hereditaria

Mr. Nettleship presentó á la Sociedad Patológica, en 1881, una muchacha de catorce años, en la cual, atendidos los antecedentes de una keratitis anterior, se reconoció claramente la sífilis hereditaria. Sufrió parálisis del tercero, quinto y sexto nervios, habiendo existido esta condición cuatro años. La anestesia fué incompleta, como también la parálisis motriz de algunos rectos. La enfermedad no pareció ser agresiva.

COMENTARIO LXXVII

De una amaurosis por atrofia primaria: su asociación usual con la sífilis padecida y síntomas precoces de ataxia: su incurabilidad.

Cuando se presenta la atrofia blanca de los nervios ópticos en el primer período de la ataxia después de la sífilis, temo que se puede alcanzar poco bueno con el uso de los específicos. He conocido pocos casos en que el progreso de la enfermedad se contuviera; pero en muchos más adelantó de continuo. Sin embargo, parece un deber someter al paciente, cuanto antes, al tratamiento mercurial. Sin duda, en alguno de aquellos en quienes no se puede evitar la ceguera final, cabe, sin embargo, retrasar el avance de la afección. La cuestión de la relación directa de esta forma de amaurosis con la sífilis es tan difícil de resolver como la que se refiere á la misma ataxia. Es incuestionable que una gran mayoría de los pacientes que padecen esa enfermedad han sufrido sífilis en algún período anterior; pero nunca es un síntoma precoz, y por lo regular han transcurrido algunos años durante los cuales hubo absoluta inmunidad. No pocas veces han nacido algunos niños sanos; y después, sin la menor manifestación de recidiva de la sífilis, el paciente comienza á perder la visión de un ojo, siendo atacado el otro á los pocos meses ó al cabo de un año. Las papilas palidecen, y el mal adelanta hasta resultar la ceguera completa. En algunos casos no se presentan otros síntomas de ataxia, y no se afecta ninguno de los músculos oculares. El paciente puede estar, al parecer, en perfecta salud, y continuar así algunos años después de quedar ciego. Por su tendencia al progreso, á pesar del tratamiento, esta enfermedad difiere mucho de las otras formas de parálisis nerviosa ocurridas en relación con la sífilis. Así como, por ejemplo, si el quinto nervio es atacado, aunque sus fibras motoras y sensitivas se paralizan, podemos esperar confiadamen-

te un considerable grado de alivio con los remedios específicos; no sucede lo mismo, sin embargo, con el nervio óptico.

Citaré un solo caso (el que yo he visto últimamente) como ejemplo de muchos. El Sr. C. D., un caballero español, de treinta y nueve años de edad, se sometió á mi observación en octubre de 1885. No podía ver con el ojo derecho, pero sí con el izquierdo. El primero comenzó á debilitarse dos años antes, y el segundo uno. El paciente había padecido sífilis en 1869, y después se casó, habiendo dado á luz su esposa tres niños que se conservaron en excelente salud. El paciente no había tenido síntomas de sífilis desde los primeros accidentes. Observé que el movimiento de la rodilla estaba abolido completamente; supe que el paciente había experimentado algunas veces ligeros dolores en la pierna y el brazo derecho; pero podía andar bien con los ojos cerrados, y no había aquejado insomnio. Las pupilas eran pequeñas, y habíanse manifestado los síntomas de Argyll Robertson; de modo que no podía dudarse que se hubiese presentado la ataxia. Sin embargo, no se había presentado parálisis de ningún músculo ocular, y el paciente no experimentó nunca desórdenes gástricos. Seis meses después vi al Sr. D. en consulta con el profesor Galezowski, de París. Había sido tratado allí por el doctor Alfredo Fournier y el citado médico, y todos cuantos le vieron y le examinaron estuvieron acordes en que convenía probar la influencia del mercurio y de los ioduros; pero no resultó de esto ningún beneficio, y al cabo de seis meses no podía ver con el ojo derecho. El izquierdo había pasado desde $\frac{20}{70}$ á $\frac{20}{200}$. Los demás síntomas seguían como antes.

COMENTARIO LXXVIII

Sobre la parálisis del quinto par

Los casos de parálisis del quinto par se originan algunas veces en relación con la sífilis, constituyendo un grupo de gran interés clínico. Si hubiese de hablar por mi propia ex-

perencia, diría que apenas conozco dicha parálisis, considerada de todo punto ajena á la sífilis, mientras que la he observado repetidas veces por tal causa. En algunos casos era completa y en otros sólo estaba invadida una parte del nervio. Más de una vez he practicado la enucleación del globo ocular á consecuencia de la destrucción de la córnea, en casos en que la insensibilidad era tan completa que el paciente no necesitaba de anestésicos, ni se sentía de las incisiones. No obstante, aun en tal extremo, la curación con el uso del ioduro de potasio acababa por ser casi completa. No recuerdo un solo ejemplo, observado por mí, en que la parálisis del quinto par, fuera permanente cuando dependía de la sífilis; pero en muchos perdía de vista al paciente antes de completarse la curación. Es muy notable la manera como los músculos temporal y masetero pueden recobrar la motilidad, después de estar completamente paralizados y atrofiados durante algunos meses; pero debe admitirse que, si bien se restablecen casi invariablemente en gran parte, quedan casi siempre débiles. Puedo citar un notable caso en que, hace quince años, traté á un caballero, primero por la parálisis de uno de los nervios del quinto par y después por la del otro.

A causa de la ulceración de la córnea, hízose necesaria la excisión de un ojo; pero con la medicación recobró la sensibilidad y el movimiento en las partes. La curación ha sido permanente, y nuestro hombre disfruta ahora de buena salud, sin haber necesitado desde entonces ningún tratamiento específico.

Por regla general, la parálisis del quinto par á consecuencia de la sífilis, sólo afecta á uno de los nervios, sin manifestarse tendencia á complicaciones por enfermedad de los otros nervios craneales; pero hay excepciones. He conocido dos casos en que los dos trigéminos fueron atacados (no simultáneamente), y varios en que otros pares sufrieron también. Esta falta de simetría y de tendencia agresiva pudiera indicar que la parálisis del quinto par se debe generalmente á enfermedad de su tronco ó ganglio, más bien que á su punto de origen. Algunos casos instructivos de parálisis del quinto nervio se encontrarán en las *Memorias Médico-Quirúrgicas*, y

yo mismo he publicado varios en las del Hospital Oftálmico.

COMENTARIO LXXIX

Inmunidad del séptimo par en la sífilis

Es un punto notable, respecto á la influencia de la sífilis en los nervios craneanos, la casi constante inmunidad del nervio facial. La parálisis facial por reumatismo es bastante común; pero la llamada de Bell, por causa de sífilis, es en extremo rara. No creo haber visto más que dos ó tres ejemplos, y todos asociados con afecciones de otros nervios. Me parece que el doctor Buzzard y el doctor Jackson han recordado ejemplos.

COMENTARIO LXXX

Parálisis de los nervios glosio-faríngeo y pneumo-gástrico

He visto dos ó tres casos en que la incapacidad de deglutir con otros síntomas de sífilis que afectaban el sistema nervioso, indicaban parálisis del glosio-faríngeo. En dos casos fué preciso alimentar el paciente por medio de la sonda durante largo tiempo, mientras se medicaba; pero en ambos se obtuvo el restablecimiento. Los desórdenes en la inervación de los músculos de la laringe se originan algunas veces en relación con la sífilis, y hacen probable que las ramas del pneumo-gástrico sean invadidas. Creo que á menudo se restablecen por el tratamiento. No sé que se haya hecho nunca el diagnóstico de un goma que desorganice el tronco del nervio pneumo-gástrico; pero hay una posibilidad que se debe tener presente. Ya me he referido al curioso hecho de que, mientras la oftalmoplegia externa parece ser consecuencia de la sífilis en nueve casos por cada diez, apenas reconocemos en ningún caso parálisis bulbar (ó glosio-labio-faríngea) por esta causa.

COMENTARIO LXXXI

*Sobre el valor de la existencia de una coroiditis exudativa
como prueba de la sífilis hereditaria*

Entre los síntomas á que apelamos en último extremo en casos de dificultad para establecer el diagnóstico de infección por herencia en niños, jóvenes y adultos, hállase la existencia de la coroiditis exudativa. Si en algún caso en que se registran otros hechos que son sospechosos hay prueba de alguna antigua coroiditis, creo que esto será á menudo casi concluyente; pero estoy convencido de que se necesita mucho cuidado en la interpretación, y que no se debe confiar si aparece sola y si otros hechos lo contradicen. No sé qué pueda haber influencias bajo las cuales se manifieste una coroiditis exudativa en un período precoz, como no sea la sífilis; pero he visto varios casos en los cuales, después de la más minuciosa observación en el paciente, durante muchos años, vime precisado á deducir que, sin duda, no había ninguna infección específica. Tampoco es fácil citar cualesquiera particularidades que nos permitieran distinguir los casos sífilíticos de aquellos que no lo son; de modo que dicho síntoma debe considerarse, según he dicho ya, como de gran importancia cuando corrobora otros, pero no de absoluta confianza cuando se presenta solo.

La forma de coroiditis más común por infección hereditaria caracterízase por cambios atróficos y pigmentarios cerca de la periferia del fondo del ojo. Algunas veces se observan en ambos ojos, y otras sólo en uno; hallándose, en ciertos casos, manchas en todas las partes del fondo. También hay otra forma en que no se hallan estas últimas, pero sí un considerable número de otras muy pequeñas, con acumulaciones de pigmento estriadas en la retina, asemejándose á la condición de la retinitis pigmentosa.

COMENTARIO LXXXII

Caso de restablecimiento permanente después de una hemiplegia por lesión arterial

Podría citar muchos casos en que el restablecimiento de los síntomas cerebrales que se supuso debidos á lesiones sifilíticas de las arterias fué completo y permanente; y entre ellos el siguiente puede ser de interés, porque conocí todos los detalles desde el principio. Visité á un caballero, llamado H., que presentaba síntomas primarios y secundarios, y le di el mercurio por espacio de cuatro meses. Restablecióse del todo, y, contrariamente á mis consejos, casóse á los quince meses de haber contraído la enfermedad. Algún tiempo después me envió á buscar para visitarle en su casa. Aquejaba hemiplegia del lado derecho y afasia, habiéndose presentado el ataque un día que paseaba por las calles. Le administré el ioduro de potasio con mercurio, y á los pocos meses se restableció. Actualmente hace ya más de diez años que sufrió el ataque, y disfruta de buena salud. Durante el intervalo le traté repetidamente unas ulceraciones terciarias de los labios, agravadas por la costumbre de fumar, y un hidrocele dependiente de un infarto testicular. El señor H. tiene varios hijos sanos, pero el mayor ha sufrido probablemente la infección. Es una niña que nació á los siete meses, y tenía el hígado infartado; habiendo estado tan grave durante algunas semanas, que se desesperó de salvarla; pero ahora disfruta de la mejor salud.

COMENTARIO LXXXIII

Caso de deficiencia intelectual, con atrofia de las papilas ópticas, en asociación con la sífilis hereditaria

Cierto joven que me envió el doctor Barnes era un buen ejemplo de deficiencia mental, observada algunas veces en relación

con la sífilis hereditaria. Poca duda cabía en que hubiese tenido en la infancia accidentes temporales de meningitis, acompañados de neuritis óptica. Dicho individuo me fué presentado por tener la vista defectuosa, y con la esperanza de que le pudiesen servir de auxilio unos lentes. Observé que sus pupilas tenían un tamaño desigual, que no eran muy activas y que sólo podían ver $\frac{20}{50}$. El paciente, de diez y siete años de edad, tenía los dientes típicos y una fisonomía característica. No recordaba ninguna enfermedad sufrida anteriormente, pero habíánle dicho que estuvo malo en su infancia. Era el mayor de la familia, pues un hermano de más edad murió joven. Su padre había fallecido al cabo de cuatro años de enfermedad diagnosticada de *reblandecimiento del cerebro*. Mucho antes de esta última dolencia había padecido cefalalgias, que le volvieron ex-céntrico, agriándose su carácter. Se puede conjeturar que el llamado *reblandecimiento* se debía realmente á cambios sífilíticos lentamente agresivos. Encontré ambas papilas ópticas muy pálidas y con los bordes confusos; los vasos centrales no estaban nada ocultos, ni tampoco habían disminuído mucho; cerca de la papila veíanse algunos grupos de diminutas y ligeras manchas en la coroides, pero ninguna de ellas presentaba pigmento en sus bordes; en el extremo de la periferia de ambos, había placas mal definidas de puntos semejantes; y después de un largo examen observé en la retina algunas líneas de pigmento negro. No hallé grandes placas de absorción en la coroides, y los cambios eran en conjunto muy poco marcados. Sin embargo, no podía haber duda en que el paciente había sufrido un ataque de neuro-retinitis, y que se manifestaban algunos ligeros cambios conducentes á la retinitis pigmentosa.

Debe advertirse que se había observado que el paciente no podía ver bien con la luz artificial, y que sus pupilas se dilataban poco por el empleo de la atropina. Aun no se había manifestado ningún ataque de keratitis, pero probablemente se manifestaría. No aquejaba sordera, y, en cuanto á la condición del cerebro, el mozo estaba tan nervioso que apenas me era posible conseguir que me hablara ó leyese los tipos de la escala. Un amigo que iba con él me dijo que seguramente

tenía afectada la inteligencia, hallándose mucho más atrasado que otros jóvenes de su edad. Creíase que su vista empeoraba lentamente.

No es raro, según crec, que la sífilis congénita influya de una manera dañosa, en mayor ó menor grado, en el desarrollo corporal. Los que la padecen son algunas veces de escasa estatura, inferiores en capacidad general, manifestándose á veces particular defecto en el desarrollo sexual; dicho defecto en raros casos es muy marcado. He conocido dos ó tres jóvenes (adultas) víctimas de la infección por herencia. Eran enanas y carecían de los rasgos sexuales característicos. Las mamas no serían mayores que las de los muchachos, y en los órganos genitales faltaba el vello. En uno de estos casos hubo oportunidad de practicar el examen *post mortem*, y se encontró el útero y sus apéndices reducidos á un tamaño diminuto: la longitud extrema del útero no alcanzaba á pulgada y media. Lancereaux cita un caso análogo. Yo he visto algunos jóvenes bajo semejantes condiciones, con un desarrollo sexual sumamente escaso. Ignoro á qué lesión local en la infancia ó durante la vida intrauterina podemos atribuir semejante paralización general, como no conjeturemos que se relaciona con cambios ocurridos en la superficie de los hemisferios. En algunos casos muy excepcionales, algunas indicaciones de deficiencia cerebral progresan con mucha lentitud durante la vida. Probablemente son análogas á la pseudo-retinitis pigmentosa que se manifiesta en la sífilis hereditaria.

COMENTARIO LXXXIV

Idiotismo y demencia juvenil relacionada con la sífilis hereditaria

Entre las autoridades médicas ha sido objeto de particular observación el hecho de que los ejemplos bien marcados de sífilis hereditaria no se hallan con frecuencia en nuestros asilos de idiotas. Hace muchos años, mi amigo el doctor Hack Tuke me invitó á visitar con él cierto asilo para estudiar especialmente este punto, y el resultado fué encontrar sólo unos

pocos en quienes se podía sospechar razonablemente la existencia de la sífilis. El doctor Langdon Down, que hizo después detenidas investigaciones, emitió una opinión análoga, y últimamente me dijo que no tenía motivo alguno para rectificar su creencia. En el *Diario Médico* del 30 de enero, el doctor Shuttleworth publicó una nota sobre las causas del idiotismo, fundándose en el mismo modo de ver, y asegurando que no tenía un solo paciente á su cuidado en quien se pudiera sospechar la sífilis. Añadía que los dientes característicos son raros en los idiotas que se hallan en los asilos. El doctor Bury sostiene, en un luminoso escrito inserto en el *Cerebro*, de abril de 1883, una opinión algo diferente, y no juzga improbable que hay más casos de los que se cree debidos á esta causa. Recomienda además la importancia de tomar una base más lata para el reconocimiento diagnóstico, y más especialmente el examen de las coroides.

Como ya he dicho varias veces, es mucha verdad que no debemos contentarnos con la inspección de los dientes. Es muy posible que sólo en una minoría de los casos de la infección hereditaria presenten las señales características; y en muchos de aquellos en que hay alteración, están lejos de ser peculiares. Si queremos obtener buen resultado al hacer el diagnóstico, debemos tomar en consideración simultáneamente todos los grupos de accidentes que á menudo se relacionan con la infección. El doctor Bury opina que si se hiciese así probablemente encontraríamos la sífilis como causa en no pocos casos de demencia juvenil.

Como podía esperarse del hecho de que los niños sifilíticos nacen generalmente con todo el aspecto de perfecta salud, no hallamos el idiotismo congénito, bien sea microcefálico ú otro, sino en muy raros casos, relacionado con esta infección. En el mismo período de la vida es cuando encontramos perturbaciones de los órganos de los sentidos, coroiditis, keratitis, sordera, etc., y también el principal peligro para el cerebro; debiéndose clasificar, por lo tanto, las deficiencias de inteligencia, más bien de demencia de los niños que de idiotismo infantil.

No era conocida la fecha precisa en que el cerebro comenzó á sufrir en el paciente del doctor Down; pero sabíase con certe-

za que el idiotismo no era congénito. A la edad de ocho ó nueve años es generalmente cuando el cerebro comienza á sufrir, y aun entonces rara vez llega el ataque á un alto grado de intensidad, siendo muy raros los accesos agudos. Esto conviene con lo que observamos en relación con la coroiditis, que rara vez compromete la visión, aunque ocasionando, por regla general, cambios en la periferia del fondo del ojo. El doctor Jackson ha llamado la atención sobre la probabilidad de que una pía-matritis puede ser en cierto modo análoga de la coroiditis, siendo posible que se manifieste en semejantes condiciones; y el doctor Bury ha demostrado, por las necropsias, que podría resultar un estado de atrofia secundaria de la sustancia gris de las circunvoluciones.

Como observación clínica yo indicaría que no es nada raro reconocer una ligera falta de vigor en la inteligencia de los niños sujetos á la sífilis, pero viéndose muy pocas veces que llegue hasta la demencia. Las deficiencias, bien sean muy ligeras ó de mayor importancia, rara vez son agresivas en mi opinión, aunque he conocido algunos en quienes los síntomas implicaron cambios que progresaban lentamente. En un caso practiqué el examen *post mortem*, hace muchos años, y encontré la parte superior del cráneo espesada y esclerosada, hallándose el cerebro atrofiado.

Yo mismo he conocido un considerable número de individuos que, habiendo heredado la infección, llegaron á la edad adulta dotados de clara inteligencia. Y al mismo tiempo he visto también algunos en quienes se desarrollaron con lentitud, en diversos períodos de la vida, los desórdenes cerebrales, acompañados de perturbación mental, que de vez en cuando degeneraba en imbecilidad. En cierto caso, un muchacho que había sufrido largo tiempo una keratitis intersticial, fué enviado á un asilo, y allí murió; pero ignoro qué forma tomaría su locura. Una niña de diez años, que llegó de Nueva Zelanda completamente ciega, atacada de atrofia blanca, y en la cual era evidente la infección hereditaria, mostrábase muy violenta y necesitábase sujetarla de continuo.

CAPITULO VI

Comentarios sobre las enfermedades de los ojos y de los oídos en relación con la sífilis (bien sea adquirida ó hereditaria)

COMENTARIO LXXXV

Caso de neuro-retinitis, con síntomas peculiares, un año después de la sífilis

Mr. B., de 31 años, experimentó los accidentes primarios en agosto de 1884. El médico que le visitaba, muy experto, insistió en que el chancro era blando y no infectivo, hasta que apareció la erupción: entonces reconoció su error, y prescribió el mercurio. El paciente tomó dicho medicamento por espacio de dos ó tres meses; y después, como todos los síntomas se habían desvanecido, suspendióse el tratamiento. Al cabo de unos ocho meses, comenzó á entorpecerse la visión. El Sr. B. se confió al cuidado de un oculista, que reconoció la afección, pero recetó sólo el ioduro de potasio. El paciente solicitó mis cuidados, por primera vez, en marzo de 1886, á los diez y ocho meses de la enfermedad primaria, y á los cuatro

desde que se le afectó la visión. El caso era curioso, porque no había habido recidiva de síntomas más que en los ojos. El Sr. B. no sufrió cefaleas ni dejadez, experimentando sólo un ligero entorpecimiento de ambos oídos. Yo no pude descubrir ningún otro síntoma. El paciente manifestó que había experimentado una ligera mejoría en la visión: podía leer con un poco de dificultad con lentes del número 5, y hojeaba todos los días su periódico. Díjome que podía ver los objetos pequeños bastante bien, pero no los grandes; y aseguró que cuando salía por la noche, tropezaba con los transeuntes. Sus ocupaciones le obligaban á andar mucho, y fuéle preciso renunciar á esto como no lo hiciera de día. Podía distinguir $\frac{20}{40}$ de la escala, pero la agudeza visual variaba mucho en diferentes tiempos. No había sufrido ningún dolor en los ojos, ni se produjeron más síntomas oculares que el entorpecimiento de la visión. A juzgar por su relato, yo pensaba encontrar cambios que comenzaran en la retina de la periferia; pero no fué así: la alteración era de neuroretinitis simétrica; las papilas estaban ligeramente tumefactas y sus bordes ocultos, y no había opacidades en el cristalino de ningún ojo, ni tampoco adherencias iríticas.

COMENTARIO LXXXVI

Enfermedades del oído en relación con la sífilis

Nuestros conocimientos en las enfermedades del oído relacionadas con la sífilis son muy recientes, y, por lo tanto, incompletos. Sin embargo, hay una grave forma de sordera, á menudo absoluta, que se ha reconocido claramente como relacionada á veces con la sífilis adquirida, y mucho más á menudo con la hereditaria. Sus caracteres bajo estas dos condiciones son sumamente semejantes, aunque con algunas diferencias; y es probable que dependan de análogos cambios en ambas ocasiones. Que los cambios se manifiestan en el oído interno, ó en el aparato nervioso, es bastante seguro; pero en cuanto

al sitio exacto y á su naturaleza, aun existen dudas. Fuera de las formas de sordera nerviosa que ahora describiré, las funciones del oído pueden alterarse con la sífilis (*a*) por afecto del oído externo, como, por ejemplo, por un chancro ó una erupción papulosa ó condilomatosa, ó más tarde por periostitis ó lupus; (*b*) por afecto de la trompa de Eustaquio ó del oído medio á causa de extenderse desde la garganta la acción inflamatoria, ó por adherencias ó estrechez secundaria á su ulceración. Ninguna de estas condiciones produce sordera absoluta, ni tampoco se oponen á la transmisión á través de los huesos craneales. El paciente puede oír siempre su propia voz, ó el movimiento de un reloj colocado entre los dientes. Por lo regular sólo se afecta un oído. El pronóstico es generalmente benigno (hasta cierto punto), y el tratamiento no ofrece dificultades; pero no sucede lo mismo en las afecciones de que vamos á tratar. En estas últimas, el ataque es algo repentino, y los dos oídos se afectan, aunque tal vez no simultáneamente. El progreso es muy rápido; y, á menos de adoptarse un tratamiento pronto y excepcionalmente eficaz, la pérdida de la función puede ser absoluta. Rara vez hay dolor material, ni tampoco otorrea ú otros síntomas de inflamación externa. Los zumbidos se manifiestan casi siempre desde el principio, siendo á veces un síntoma muy molesto, sobre todo si los dos oídos se afectan, en cuyo caso hay entorpecimiento. Es probable que ocurran muchos casos, así en la sífilis hereditaria como en la adquirida, en que los oídos se afectan ligeramente, desapareciendo luego el mal; pero si el desorden llega á cierto grado, el pronóstico es más grave.

Todos los observadores admiten que en tales casos hay muy pocas probabilidades de éxito; pero es un deber, cuando el oído está amenazado en la sífilis, activar el tratamiento con los específicos con toda la rapidez posible. El paciente debe guardar cama y tomar el mercurio hasta producirse el ptialismo al cabo de una semana. Con estas prescripciones, en un caso de los más alarmantes, pude conseguir que el paciente recobrara del todo el oído. Por desgracia la enfermedad no es tratada, á menudo, por el especialista hasta que se ha hecho tarde. Mi experiencia me conduce á creer que son raras las

formas graves en relación con la sífilis adquirida. He visto tres ó cuatro pacientes del todo sordos por esta causa, pero no más.

En la forma hereditaria esto es, desgraciadamente, bastante común y menos eficaz el tratamiento, y no en pocas veces resulta ser causa de sordo-mudez adquirida. Es muy posible que el convencimiento de un mal pronóstico haya inducido, tratándose de este grupo de casos, á negligencia en el tratamiento. En la sífilis hereditaria no adoptamos, por lo regular, las enérgicas medidas indicadas antes; pero estoy seguro que, previendo los terribles resultados futuros, sería muy justificable mantener al niño en cama y promover pronto el ptialismo, en el primer período, en la afección del oído por infección hereditaria. Mr. Hinton opina, como resultado de su práctica en el hospital de Guy, que, de cada veinte pacientes de los que trató, sólo uno sufría accidentes sífilíticos, y que era por mucho la causa más frecuente de sordo-mudez no congénita. Mr. Dalby la clasifica después de la fiebre escarlantina como causa de esta alteración. Cuando se manifiesta la enfermedad del oído interno por sífilis adquirida, todos los observadores convienen en que esto suele suceder en los últimos tiempos del período secundario; pero su progreso es tan rápido, que algunos lo consideran como un ataque *repentino*, si bien hay siempre un período premonitorio.

La pérdida de la facultad de oír á través de los huesos craneales, suele ser temprana y definida, y algunas veces puede experimentarse algún dolor nocturno en los huesos temporal y frontal. Nuestra anatomía patológica no está suficientemente adelantada aún para permitirnos asegurar si este desorden está localizado en el oído interno ó en las mismas estructuras nerviosas; pero se verá que tiene su analogía en la iritis y en la neuro-retinitis cuando estas afecciones se producen por sífilis adquirida; pero no sucede así cuando provienen de infección hereditaria. Si los que padecen esta última tienen iritis, siempre es en la infancia; por lo cual la sordera rara vez se presenta hasta los ocho años, y por lo regular más tarde, manifestándose al mismo tiempo que la keratitis. El descubrimiento de la relación entre este afecto y la sífilis he-

reditaria, fué uno de los primeros resultados del reconocimiento de los dientes como medio de diagnóstico. En la reunión de la Asociación Médica celebrada en Londres en 1860, demostré las particularidades de aquéllos, y esta forma especial de sordera, presentando un considerable número de pacientes. Parece que las mujeres están más sujetas á la afección que los varones.

COMENTARIO LXXXVII

Gomas diseminados en la coroides de un solo ojo, cerca de dos años después de la sífilis, sin complicación de la retina

Visité al Sr. S., de veintiún años de edad, en 23 de noviembre de 1884. La visión del ojo derecho había comenzado á menguar en el mes de agosto anterior, habiéndolo observado cuando estaba de caza; y pronto empeoró de tal manera, que apenas podía ver con él, pero el otro se conservaba sano. Consultó con un buen especialista, quien le prescribió desde luego el mercurio; y si bien obtuvo algún alivio con el tratamiento, la visión no mejoraba. Tres meses después me consultó á mí, y observé que no podía ver $\frac{20}{200}$, y con mucha perplejidad distinguir el 18 de Jæger en 8". El examen oftalmoscópico reveló las lesiones de la coroiditis exudativa en un período relativamente reciente. Esparcidos sobre el fondo, veíase un inmenso número de gomas de diversos tamaños, desde el de simples puntos hasta al de espacios de considerable extensión. Tenían un color blanco amarillento, y algunos de ellos estaban algo elevados, aunque muy ligeramente. Los más pequeños eran redondos, afectando los mayores formas irregulares. No se veía ninguno cerca de la periferia, y uno de los más grandes ocupaba la mancha amarilla, pareciendo que sólo estaba atacada la coroides. La papila y la retina, con sus vasos, hallábanse del todo claros; y donde aquéllos cruzaban, las manchas no se ocultaban lo más mínimo. Para mayor prueba de la indemnidad de la retina, no se observaba, salvo

una ligera excepción, el más ligero desorden en el pigmento. En el borde de una de las manchas más grandes había en una parte una estrecha franja de pigmento negro, pero todos los demás estaban completamente libres de él. Aunque habían transcurrido tres meses desde el principio del ataque, durante los cuales el paciente tomó mercurio, como no se había presentado nunca ptialismo, y quedaba prueba de algún depósito, creí conveniente aconsejar un tratamiento más enérgico. La historia de la sífilis era marcada, pero peculiar. Mi colega Mr. Mackenzie le había tratado desde el principio de la afección hacía dos años. Se presentaron tres chancros, y uno de ellos tan duro que Mr. Mackenzie recetó desde luego el mercurio sin esperar los síntomas secundarios. El resultado fué que no se manifestó ninguna erupción, y sí sólo una ligera y dudosa ulceración de la garganta. Como se vió que supuraba un bubón, se esperó que el diagnóstico no fuera exacto: el tratamiento mercurial se continuó poco, y el paciente se restableció, continuando sin otros síntomas hasta que ocurrió la inflamación del ojo. No se podía dudar que la coroiditis no fuese sifilítica, pues sus caracteres eran patognómicos.

Como el Sr. S. no parecía muy susceptible á la influencia del mercurio ingerido por la boca, le aconsejé que guardara cama, sometiéndole á enérgicas unciones. Hízose así, y á los tres meses volví á verle, y me dijo que le había sido imposible salivar ni observar ningún efecto mercurial; pero se había aliviado en su estado general, á pesar de las muchas unciones que se practicaron. El ojo había mejorado tanto, que todos los gomos habían quedado reducidos á manchas blancas. Aun faltaba el pigmento en sus bordes; la visión había mejorado un poco, pero no mucho. No tuvo otros síntomas de sífilis constitucional, gozaba de excelente salud, y mostrábase ansioso por ir á reunirse con su regimiento en Egipto, asegurándonos que ya tendría cuidado de que nadie supiese que estaba ciego de un ojo.

El caso es de interés para el que estudia la sífilis como prueba de que un solo órgano del cuerpo y un solo tejido de este órgano pueden padecer aisladamente por efecto de la infección constitucional. No hubo la menor señal de enfermedad

en el otro ojo. Este hecho nos indica también el período de la afección en que se puede presentar la coroiditis. Comenzó probablemente á los veintiún meses de la fecha del contagio, de modo que correspondía á principios del período terciario ó á últimos del secundario. Los gomas de los testes y las degeneraciones arteriales son propensas á manifestarse, en mi concepto, hacia el mismo período, y, á menudo, solamente en un lado.

Recordaré otro caso en que traté al paciente por una sífilis primaria. De igual modo que en el enfermo de Mr. Mackenzie, no se presentaron nunca marcados síntomas secundarios; pero una fuerte coroiditis destruyó casi un ojo. De esto hace veinte años, y creo que el paciente está bueno desde entonces.

COMENTARIO LXXXVIII

Ceguera y sordera (absoluta), como resultado de la sífilis hereditaria

No se encuentran á menudo casos en que la keratitis de la sífilis heredada termine en ceguera, y más raros son aquellos en que ésta última se combine por dicha causa con la sordera completa. A mi cuidado estuvo un paciente en quien se dió el ejemplo de la completa destrucción de estos dos sentidos especiales (setiembre de 1877), siendo la enferma una mujer joven de diez y ocho años, que habitaba en un pueblo del campo.

No se pudo obtener antecedente alguno sobre la herencia. El padre parecía sano, y negaba haber tenido jamás ninguna enfermedad venérea; la madre había muerto de resultas de un cáncer del seno, sin haber tenido nunca nada sospechoso; y el hijo mayor, de veintiséis años de edad, no había padecido mal ninguno. Nuestra paciente era la más joven de la familia: entre ella y el mayor nacieron otros dos niños que habían muerto en la infancia. La enferma, según se asegura, no presentó nunca síntomas infantiles. A la edad de cinco años fué trasladada á otro pueblo, y después de varias recaídas quedó

del todo ciega á los diez años. Ahora es una mujer completamente desarrollada y de buenas facciones, pero ciega y sorda: la córnea izquierda está adelgazada y estafilomatosa; la pupila del ojo derecho se halla cerrada, y ocupa su lugar una masa caliza. La sordera comenzó á los doce años y completóse al cabo de dos. Ahora no se puede comunicar con otras personas sino por medio de la escritura en la palma de la mano, y su sordera es absoluta. Tiene clara inteligencia y habla mucho; pero ha perdido de tal modo la facultad de modular su voz, que nadie la entiende más que sus parientes. Hace algunos años que no ha presentado señales de sífilis agresiva. Aunque falta la historia de la enfermedad, en los padres (me refiero directamente al padre) no se podría dudar que es sífilítica. Sus dientes, muy característicos, son sumamente pequeños, resultando concluyente la coincidencia de la keratitis doble con la sordera completa en esta edad. Sin embargo, la paciente ha crecido bien: la única particularidad en su fisonomía, es la palidez y la suavidad sedosa de su piel. Debe advertirse, como dato notable, que los dos ojos se han destruído por formas algo diferentes del mal, produciéndose en uno la oclusión de la pupila, y en el otro el estafiloma de una córnea adelgazada; pero sospecho que, en ambos, las más de las capas del globo del ojo se han complicado. Rehusé operar la pupila obliterada, por la convicción de que toda ella estaba enferma.

He conocido muchos casos en que la visión y el oído se deterioraron mucho por la sífilis hereditaria, y algunos que fueron paralelos de la anterior, resultando ceguera y sordera completas.

CAPITULO LXXXIX

Segundo ataque de keratitis sífilítica, con algunos caracteres inusitados

He citado antes un caso en que los órganos de la vista y

del oído se destruyeron del todo por inflamaciones debidas á la sífilis hereditaria. Semejantes consecuencias son raras, y en general es un hecho muy notable la manera como desaparece completamente la keratitis sifilítica. El siguiente caso es un ejemplo de lo que vemos á veces, pero no á menudo; es decir, un segundo ataque de keratitis, que ocurrió siete años después del primero, habiéndose temido mucho el deterioro de ambos ojos.

Juana L., de edad de veinte años, padece por sífilis heredada. Su fisonomía es característica, ojos débiles desde la infancia y miopia. A los catorce años ingresó en el hospital de Londres por haber sufrido un ataque de keratitis. Se restableció pronto, y los ojos se conservaron en un estado satisfactorio hasta principios de 1877.

En agosto de este año (tres meses después de comenzar el segundo ataque) se me presentó. Observé que las cámaras anteriores estaban como hundidas, y que las pupilas se dilataban mucho sin atropina. El ojo izquierdo era el más enfermo, y en el cristalino veíanse numerosas opacidades, así como también adherencias iríticas. En ambos ojos reconocí espacios de atrofia corioidea, y las dos córneas estaban surcadas por líneas radiadas rectas de opacidad.

Algunos meses más tarde, en octubre, el ojo izquierdo sufrió otra inflamación. La conjuntiva se tornó roja y aterciope-lada, y hubo alguna secreción mucosa, que indicaba una oftalmia catarral, ocasionándose mucho dolor y considerable reducción de la tensión. La superficie de la córnea estaba cruzada por numerosos vasos pequeños. Antes del ataque la paciente podía leer bien con el ojo izquierdo; mas ahora apenas le era dable percibir la luz.

La paciente era la hija segunda. Otros cinco viven y no han sufrido nada. El mayor es un joven de veintisiete años. Entre él y nuestra paciente nació un niño, y murió al cabo de un mes.

COMENTARIO XC

Sífilis hereditaria sospechada: coroiditis exudativa en temprana é inusitada edad

No sé con exactitud en qué edad suele presentarse la coroiditis de la sífilis hereditaria. Cuando afecta sólo á la periferia del fondo del ojo, como suele suceder, es probable que coincida á menudo con un ataque de keratitis. No pocas veces encontramos señales de coroiditis exudativa en pacientes que nunca tuvieron ninguna afección de la córnea, y en algunos casos es positivo que precede á la keratitis muchos años. Como la coroiditis ocasiona, por lo regular, comparativamente, poca alteración en la visión, los niños no se quejan de los ligeros desórdenes de esta especie, y de hecho no se observan tampoco. Rara vez tenemos oportunidad de notarla en su primer período: lo más común es reconocer únicamente los resultados de la afección, que ocurrió hace mucho tiempo. No es improbable que se presente á menudo en los niños. En la sífilis adquirida sabemos que suele ocurrir en un período comparativamente precoz, y en algunos casos poco después de la iritis secundaria, ó bien con ella. El paciente más joven, en quien reconocí la coroiditis exudativa, era un niño de cinco meses. Presentaba marcadas señales de una antigua coroiditis en ambos ojos, viéndose descubiertas grandes placas de esclerótica. El niño era hidrocefálico, habiendo comenzado á ensancharse la cabeza á la edad de dos meses, y presentaba una erupción escamosa en la frente. Pensé que el niño era sífilítico, pero no había ninguna prueba concluyente.

COMENTARIO XCI

Coroiditis exudativa en una madre y sus dos hijas: pérdida de la nariz por fagedenismo en una de aquéllas: antecedentes de sífilis negativos.

El siguiente caso contiene importantes enseñanzas respec-

to al valor relativo de los antecedentes de familia del paciente y de los síntomas manifestados, en relación con el diagnóstico. No dudo que, así en la madre como en las hijas, la coroiditis exudativa se debía realmente á la sífilis, adquirida en un caso y hereditaria en otro; pero los antecedentes, según se verá, eran negativos.

La señora C., de cuarenta años de edad, me presentó su hija mayor á causa de padecer una ulceración fagedénica de la nariz, cuya punta y tabique estaban completamente destruidos, hallándose la cicatrización resultante al nivel de las mejillas. Después de haberse curado, no hubo la más ligera tendencia á recidivas, de modo que se presentaba un carácter diferencial muy marcado entre aquella enfermedad y el lupus común. La paciente perdió la nariz á la edad de tres años, á consecuencia de una caída, en opinión de la madre. La niña tenía buena complexión, y, salvo la nariz, no se observaba nada en su fisonomía que indicase sífilis. Sus dientes estaban cariados, presentando mala disposición; pero no eran típicos ni deformes. En ambos ojos había numerosas placas de coroides reabsorbida, con acumulaciones de pigmento; y éstas eran más numerosas en el ojo izquierdo que en el derecho. En 1869 vi otra vez á la niña, que tenía ya once años. Con el ojo derecho podía leer con el $2\frac{1}{2}$, y con el izquierdo con el $3\frac{1}{2}$; el estado de las coroides era, poco más ó menos, el mismo.

María E. C., de diez años, la hermana más joven de la paciente citada, presentaba análogas alteraciones en cuanto á los ojos. En el derecho había muchas y grandes placas, y en el izquierdo pocas y pequeñas; el primero divergía, y sólo podía leer con él $2\frac{1}{2}$, mientras que con el izquierdo alcanzaba el 12. Esta niña era agraciada y de buena complexión; tenía la dentadura muy buena, así por la forma como por el color; y en su fisonomía no se observaba nada que indicase sífilis.

La señora C., madre de dichas pacientes, había perdido á su vez el ojo izquierdo por efecto de una coroiditis exudativa; y, según me refirió, habíale menguado su visión cuatro ó cinco años después de su casamiento, sin presentar ninguna otra indicación de sífilis. Había estado casada veinte años. Su hija mayor no nació hasta ocho después del matrimonio, y murió

á la edad de siete á causa de un accidente. La Sra. C. negaba que ninguna de sus hijas hubieran presentado síntomas positivos en la infancia.

En agosto de 1869 tuve oportunidad de ver el Sr. C., padre de esa familia, quien me aseguró no haber tenido nunca nada, como no fuese una ligera blenorragia. Parecía gozar de buena salud, y díjome que siempre había estado así. Las niñas eran del segundo matrimonio. Aunque el Sr. C. negaba rotundamente todo antecedente de sífilis, allanóse á que le diese una carta para el médico de su familia explicando mi modo de ver sobre la naturaleza de la enfermedad de las niñas.

Por lo dicho se verá que mis razones para considerar los casos como sifilíticos se cifran más bien en que se corroboran y apoyan entre sí que no en una evidencia concluyente en cualquier sentido. Una madre y dos hijas se presentan con coroiditis exudativas, y una de las niñas pierde la nariz por una forma de fagedenismo que no se suele manifestar sino en relación con la sífilis. No hay antecedentes de escrofulismo en la familia; y, aunque hubiese, esta forma de coroiditis no se observa nunca como manifestación escrofulosa.

COMENTARIO XCII

Sobre las diversas formas de coroiditis

Es positivo que observamos la coroiditis relacionada con la sífilis bajo distintas formas y en diversos períodos de la enfermedad. En el período secundario se manifiesta una coroido-retinitis que comienza en la papila y no se suele extender lejos de ella. En esta afección la coroides se afecta poco; pero, en algunos casos, se suelen presentar al mismo tiempo gomas mal definidos á cierta distancia de la papila.

Estas condiciones desaparecen, por lo regular, del todo, con el tratamiento, y sin mucho perjuicio para el ojo. En un período más tardío, como, por ejemplo, de dos á cuatro años

después de los accidentes primarios, y acaso mucho después, encontramos á veces gomas esparcidos, de escaso tamaño, sin ninguna indicación de enfermedad de la retina ó de la papila; pero hay casos en que son absorbidos muy pronto por el tratamiento, aunque suelen dejar manchas atróficas ó cicatrices.

Otra forma de coroiditis que se manifiesta mucho más tarde, es decir, de diez á veinte años después de la enfermedad, caracterízase por placas muy grandes de atrofia, que se extienden periféricamente; siendo, por lo tanto, serpiginosas. La afección se asemeja entonces á un proceso de lupus de la piel; y á menos de emplearse el tratamiento específico energicamente, se podría perder el ojo. Es curioso que la mancha amarilla misma queda intacta algunas veces cuando todo está desorganizado á su alrededor. He observado esto en dos ó tres casos. En la sífilis hereditaria tenemos aún otra forma de coroiditis en que la enfermedad comienza periféricamente, estando las placas dispuestas en forma de zona.

En tal caso la pigmentación es permanente, asemejándose mucho sus condiciones á las de la retinitis pigmentosa. Esta enfermedad comienza casi al mismo tiempo que la keratitis intersticial y puede terminar en grave perjuicio para la visión.

COMENTARIO XCIII

Sobre la keratitis relacionada con la sífilis adquirida

Es muy rara la keratitis sifilítica relacionada con la sífilis adquirida. Por mi parte no he visto más que tres ó cuatro casos en los cuales había algún motivo para diagnosticar semejante estado; pero en los más de ellos la afección era ligeramente marcada y transitoria.

Excepto el único caso que voy á describir, no he visto ninguno en que la keratitis fuese grave y simétrica. Es un hecho muy curioso, y que aun no se explica, el que la keratitis simétrica grave sea tan común en la sífilis por herencia y tan rara en la sífilis adquirida.

COMENTARIO XCIV

Ejemplo de keratitis muy grave asociada con el periodo secundario de la sífilis adquirida: resistencia al tratamiento muy prolongada, y restablecimiento final

La importante excepción á que me he referido antes, ocurrió en una mujer joven, casada, á quien vi en el hospital de Moorfield, cuando estaba al cuidado de mi difunto colega Mr. Wordsworth. La keratitis apareció simultáneamente con la erupción sífilítica secundaria y la ulceración de la garganta. La paciente sufría también fuertes dolores reumáticos, y la forma de keratitis era muy peculiar. Reproduciré aquí la descripción que hace Mr. Stanford Morton, que dió á conocer el caso. «La enferma aquejaba fotofobia intensa, gran congestión ciliar, con nebulosidades en el centro de cada córnea y depósitos agrisados de linfa en la periferia, de forma triangular, con los vértices convergentes hacia el centro (esto era el 10 de noviembre). En diciembre, las opacidades de la periferia de la córnea habían tomado la forma de estrías, alcanzando al centro de aquélla; y con auxilio de una lente veíase un diminuto vaso sanguíneo en cada estría. En algunos casos corriase directamente hacia el centro, y en otros se ramificaba y anastomosaba con las ramas contiguas.»

En 5 de diciembre toda la córnea estaba más ó menos opaca; pero la opacidad central y las estrías conservábanse bien marcadas y ocupaban claramente las capas de la córnea, así como los vasos del centro de cada estría opaca. En este caso el tratamiento no produjo ningún efecto. El mercurio se usó más ó menos desde noviembre hasta setiembre del año siguiente, y durante este largo período los ojos se conservaron en la misma condición; pero hubo varias recidivas, acompañadas de dolor agudo, edema de los párpados y quemosis de la conjuntiva. En setiembre las córneas estaban lo mismo, las opacidades no eran menos densas, y las estrías,

con sus vasos, se marcaban tanto como antes. Los repetidos ataques de inflamación habían sido tan rigurosos, y tal la pérdida de la visión, que se indicó que sería mejor enuclear los ojos. Otros síntomas de sífilis persistían también. Había ulceración de las alas de la nariz y del vómer, y psoriasis de las palmas de las manos y plantas de los pies. Mucho tiempo después de haber desaparecido los otros síntomas, las córneas conservaban la nube; pero al fin se aclararon, y creo que ahora la paciente ve muy bien. El trascurso del tiempo parece haber sido el principal agente en este caso.

COMENTARIO XCV

Sobre la iritis cuando se produce á consecuencia de la sífilis hereditaria

En mi obra sobre las afecciones sifilíticas de los ojos y del oído, he coleccionado una serie de casos que ilustran la iritis de los niños; pero no los reproduciré aquí, limitándome á dar un sumario de los hechos. Su número es de veintitrés, y los más fueron observados por mí.

Sumario de veintitrés casos de iritis en la sífilis infantil.

1.º *Edad.*—El término medio de la edad de los pacientes, cuando la iritis comenzó, era cinco meses y medio. El de más edad contaba diez y seis cuando ocurrió el ataque (caso 14), y el más joven seis semanas (casos 21 y 22).

2.º *Sexo.*—Cinco de los niños eran varones y diez y seis hembras. El sexo de los demás no se especifica.

3.º *Ojo atacado.*—En los casos 3.º y 4.º no se indica qué ojo padeció, pero en ambos fué uno solo. En los demás, los dos ojos se afectaron en once niños: el derecho en siete, y el izquierdo en tres; de modo que resultan doce casos en que no fué atacado sino un ojo, y once en que sufrieron ambos.

4.º *Síntomas del ataque:*—(a) *Congestión de las ténicas, etc.* La zona sonrosada de congestión esclerotical parece haberse marcado bien solamente en dos casos; en otros diez se halla-

ba presente, aunque muy ligera y mal caracterizada; en dos casos no hay nota alguna sobre este punto; y en uno especificase que durante el período agudo de la iritis no se manifestó mayor vascularización de las tónicas. En siete casos, el período no agudo había cedido del todo cuando se sometió el paciente á la observación. Sólo en tres casos parece haberse notado alguna rubicundez de los párpados.—(b) *Exudación de linfa*. Si en los casos que se vieron tarde, ó en que la pupila estaba del todo obliterada, se puede presumir que hubo exudación abundante, en cambio tenemos la certeza de quince en los que la exudación de linfa fué copiosa. De los demás, en cuatro fué moderada, en tres el iris se hallaba solamente tumefacto y descolorido, y en uno falta la nota sobre su estado.—(c) *Complicación keratítica*. En un caso la córnea estaba empañada, en otro ulcerada, en un tercero se hizo prominente sin opacidad, y en un cuarto la linfa derramóse en la cámara anterior, haciéndose adherente á la superficie posterior, y sin alterarse su propia estructura. En todos los demás casos la córnea se mantuvo del todo trasparente durante el ataque, y en uno se manifestó un ligero hipopion.

5.º *Consecuencias para el órgano*.—En siete casos (diez ojos) puede decirse que la curación fué completa, habiendo desaparecido toda señal de linfa; en dos ó tres se obtuvo también la curación, salvo unas ligeras adherencias; en tres (cuatro ojos) no se conoció el resultado; en doce una pupila quedó cerrada por una falsa membrana que se organizó; y en casi todos los últimos casos en que el exudado no se absorbió nunca, los pacientes no estuvieron á mi cuidado hasta un período tardío de la enfermedad, después que la linfa se hubo organizado y cuando quedaba muy poca probabilidad de hacer que desapareciese. Los casos 7.º y 13 fueron interesantes como ejemplos de la eficacia del mercurio para lograr la reabsorción de la linfa, que ya parecía vascularizarse, y cuyo resultado no se esperaba ya de ningún modo.

6.º *Otros síntomas de sífilis presentes cuando se manifestó la iritis*.—En varios casos no existe la nota sobre los síntomas coexistentes, ó es muy imperfecta. Se consigna que la caquexia específica estuvo presente en doce casos, faltando en cin-

co. El psoriasis de la superficie general se presentó en diez individuos. Había erupción papulosa en dos; psoriasis palmar en uno; *eritema marginatum* en dos; descamación de la piel en uno; en otro, la iritis estuvo acompañada de oftalmia catarral; en otro se cayeron las pestañas; en otro los párpados quedaron afectados por *tinea tarsi* (sin.: tiña ciliar, blefaritis tarsiana). Los estornudos se presentaron como síntoma marcado en once casos; en cuatro manifestáronse aftas ú otras úlceras de la boca; en cinco, condilomas blandos alrededor del ano; y flujo vaginal en uno. Respecto á los casos 5.º y 15, las notas demuestran que, si bien por su historia no podía caber duda respecto al diagnóstico, no había sin embargo síntomas específicos en el niño cuando le atacó la iritis.

7.º *Tiempo que trascurrió entre la fecha de los accidentes primarios del contagio del padre y el nacimiento del niño infectado.*—Nuestros datos sobre este punto distan mucho de ser completos, y es imposible que lo sean por la misma naturaleza de la investigación, aunque tienen demasiada importancia para que prescindamos de todos. En un caso la madre tuvo, al parecer, síntomas primarios sólo tres meses antes de nacer el niño; en otro el período fué de cuatro, y en un tercero fué de seis. En cinco casos se consideró probable que hubiese transcurrido menos de un año, mientras que en cinco pasó doble tiempo. En dos, á juzgar por el hecho de que la madre había criado cierto número de criaturas, en alguna de las cuales se sospechó la existencia de síntomas, la fecha de la enfermedad original del padre no se podía calcular en menos de seis ó siete años. De trece casos en que sólo constan los antecedentes de familia, vemos que sólo el niño afectado era el único que vivía. En cuatro la sífilis fué el resultado de la primera concepción de la madre; en otros tantos habían precedido abortos al nacimiento; y en los señalados con los números 2, 5, 7 y 23, concepciones anteriores terminaron en abortos ó por nacimiento de niños que murieron de sífilis. En el único caso de toda la serie en que se consignó que vivían otros niños, la madre perdió cuatro de los siete que nacieron.

8.º *Sobre la poca frecuencia de esta especie de iritis.*—Respecto á la poca frecuencia de la iritis en los niños, no puede

haber dificultad en admitir que constituye uno de los síntomas más raros de la sífilis hereditaria; pero estoy seguro que á menudo pasa desapercibida. La falta de zona esclerótica, y la escasez de los síntomas locales que produce, juntamente con el hecho de que los niños suelen conservar los ojos cerrados, puede ser una explicación. En prueba de ello diré que en 1852 enseñé á un amigo mío, que había practicado en un hospital durante quince años, el primer caso de iritis sifilítica de un niño que él hubiese visto. La afección le era desconocida, y por lo tanto le interesó mucho. Después de esto examinó cinco casos, y los observó todos detenidamente. Como prueba de que, por mucho que se busque, la enfermedad es rara, diré que en siete años de práctica no he tratado un solo caso, aunque examiné con la mayor minuciosidad los ojos de los pacientes congénito-sifilíticos.

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

A causa de los ligeros síntomas que á menudo acompañan á la iritis, es muy fácil que ésta pase desapercibida en el niño; pero el diagnóstico, una vez fijada la atención en los ojos del paciente, apenas se puede considerar difícil. Sin embargo, en dos ocasiones he oído pareceres muy distintos respecto á su existencia: eran casos en que el iris estaba simplemente tumefacto y descolorido, sin haberse exudado ninguna cantidad perceptible de linfa, ni haber tampoco congestión de los vasos de la esclerótica. Haciendo uso de la atropina en cada caso, pude reconocer una considerable irregularidad de la pupila, desvaneciendo así las dudas de aquellos que al principio vacilaban en admitir mi diagnóstico. En semejantes casos se debe ápearlar siempre al empleo de solución de atropina, siendo también, á menudo, necesario, en los niños, servirse de un blefarostato para conservar las párpados abiertos, á fin de que el examen sea satisfactorio. La irregularidad de la pupila, la presencia de linfa blanca, amarilla ó roja; la tumefacción, la falta de brillo y el cambio de color en el iris mismo, son los síntomas en que se debe basar el diagnóstico. Por lo regular se verá también una zona sonrosada en la esclerótica. Rara vez hay

mucha congestión de la conjuntiva, y la córnea está casi siempre trasparente.

El tratamiento es sencillo. El uso diario de las gotas de atropina (12 centigramos de sulfato de atropina por 30 gramos de agua destilada), para dilatar la pupila si es posible, y la rápida prescripción de los mercuriales, son los principales recursos. Yo suelo administrar el ungüento mercurial terciado, ordenando fricciones en las plantas de los pies, en la parte posterior del cuello y en las corvas, pudiendo emplearse un gramo cada día. Se ha de vigilar cuidadosamente el estado general del niño, dándose instrucciones para una conveniente alimentación. Los niños sifilíticos necesitan alimentos animales en forma de caldos, carne, etc., en un período más temprano que los otros. Si hay diarrea, ó si las fricciones mercuriales la producen, se puede dar una bebida que contenga opio, pero no debe dejarse el mercurio mientras haya linfa en la pupila, á menos que el estado del niño lo exija en absoluto. Sin embargo, aun en estos casos el mercurio es beneficioso casi siempre, y el niño adquiere carnes con su uso.

El pronóstico de la enfermedad depende del período en que se da principio al tratamiento. Si la linfa es reciente, por muy abundante que haya sido el exudado, puede esperarse la reabsorción con toda confianza por el uso del mercurio.

AFORISMOS RESPECTO Á LA IRITIS EN LOS NIÑOS

1.º Los niños que padecen de iritis infantil pertenecen mucho más á menudo al sexo femenino que al masculino.

2.º La edad de cinco meses es el período en que los niños sifilíticos están más propensos á padecer la iritis.

3.º La iritis sifilítica en los niños es á menudo bilateral, pero con igual frecuencia no sucede así.

4.º Rara vez es complicada la iritis de los niños, y acompañanla pocos de los graves síntomas que caracterizan la afección en el adulto.

5.º A pesar de los más caracterizados síntomas de inflamación aguda, la exudación de la linfa es generalmente

muy abundante, y muy grande el peligro de oclusión de la pupila.

6.º El tratamiento mercurial es muy eficaz para curar la afección; y, si ésta es reciente, para obtener la completa reabsorción de la linfa exudada.

7.º El tratamiento mercurial adoptado de antemano no impide la presentación de la iritis. (1)

8.º Los niños que la padecen, aunque á menudo caquéticos, parecen tener también con frecuencia buena salud.

9.º Los niños que padecen iritis presentan casi siempre uno ú otro de los bien conocidos síntomas de la infección hereditaria.

10. Los más de los niños que padecen iritis sifilítica han nacido al poco tiempo de la fecha de los accidentes primarios de los padres.



(1) En muchos casos los pacientes habían sido tratados antes con mercurio para combatir otros síntomas de la sífilis hereditaria. En un caso el segundo ojo fué atacado mientras que el paciente tomaba mercurio para curarse la iritis del que primero se afectó. Lo cual ha sucedido más de una vez á los adultos. En estos últimos he conocido cinco casos en que la iritis sifilítica aguda se manifestó durante el ptialismo.

CAPITULO VII

Comentarios sobre las enfermedades sífilíticas de las vísceras

COMENTARIO XCVI

Sobre las enfermedades del hígado y la ictericia en el curso de la sífilis

Portal, según dicen, fué el primero en describir la ictericia relacionada con la sífilis; y Reepert dió á conocer dos casos. En 1853, Gubler escribió sobre el mismo asunto, emitiendo la opinión de que el hígado llegaba á ser asiento de una congestión general. Lancereaux, que hacía mención de veintitún casos, dando á conocer tres, adoptó la teoría de la congestión general como explicación más acostumbrada. Algunas veces se ha observado que el hígado se engrosaba marcadamente. El doctor Fagge llama la atención particularmente sobre el hecho de que la ictericia, en estos casos, no se debe á la administración del mercurio; y asegura que varias veces, sin darse este medicamento, ocurrió aquélla.

El doctor Wilks ha descrito el primer ejemplo de enfermedad sifilítica del hígado en un niño que había tratado, siendo el primero que se presentó á la Sociedad Patológica. «Habiendo disecado los cadáveres de varios niños que murieron de sífilis congénita,—dice,—encontré hígados grasientos é inflamación de la cápsula; pero sólo en dos reconocí productos adventicios de carácter fibroso. El presente ejemplo, sin embargo, corresponde por todos conceptos á la afección descrita por Gubler; pero debe distinguirse (al menos por el aspecto á simple vista) de la enfermedad sifilítica de los adultos, de la que se han presentado muchos ejemplos á la Sociedad. En estos últimos el órgano está cicatrizado en la superficie y contiene marcados nódulos de tejido fibroso; mientras que en la enfermedad de los niños todo el órgano se halla infiltrado por un nuevo material, y, de consiguiente, como dice Gubler, llega á estar hipertrofiado, globular, duro y resistente á la presión. También es elástico, y cuando se divide crepita ligeramente bajo el escalpelo. Esta era la forma de la enfermedad en el caso de que trato. Se manifestó en un niño sifilítico, de un mes, en el que aun en vida se podía reconocer un infarto del hígado. Cuando se extrajo pesaba libra y media. Por el examen microscópico reconocióse que todo el órgano estaba infiltrado de tejido fibroso, pero sin ninguna destrucción material de su propio parénquima.»

El doctor Wilks, á quien tanto debemos en punto á conocimientos en sífilis visceral, ha descrito uno de los primeros casos observados, en nuestro país, de enfermedad del hígado relacionada con la sífilis adquirida. En este ejemplo, un hombre de treinta y nueve años, que había padecido largo tiempo la enfermedad, murió por efecto de una afección muy extensa de los huesos craneales. Su hígado estaba lleno de cicatrices y contenía unos cincuenta nódulos diseminados, del tamaño de un guisante, redondos, duros y blancos. Era una forma de cirrosis en que el nuevo tejido fibroso, en vez de extenderse á través del hígado á lo largo de sus vasos, se depositó en diferentes nódulos. Los dos testículos se hallaron muy atrofiados, apareciendo su estructura glandular sustituida por tejido fibroso denso, que en algunos sitios formaba nó-

dulos semejantes á los del hígado. Fué un caso de antigua fecha, pero no se citaba cual fuese ésta.

COMENTARIO XCVII

Sobre la licuefacción de los gomas

El doctor Wilks nos ha inducido á fijar la atención en el hecho de que, aunque los gomas sifilíticos de las vísceras no supuran, por regla general experimentan la degeneración caseosa, se contraen y algunas veces se licúan. Bien sabemos que los gomas del tejido celular, del periósteeo y de los testículos desaparecen á menudo. El doctor Wilks dice que ha visto un goma del cerebro que se redujo á una materia semejante á la crema, é indica que algunos casos de rápida desorganización de los pulmones, en los pacientes sifilíticos, se pueden haber debido á la disgregación del material gomoso. Cita el caso de un hombre aquejado de sífilis y de un tumor que contenía líquido en conexión con el hígado. Cuando se compri-
mió, extrajéronse varias onzas de aquél, sin encontrarse una partícula de pus. En otro caso, una mujer que había padecido del hígado y de ictericia durante diez y ocho meses, murió al fin de una peritonitis. En su hígado se encontró un tumor del tamaño de una pelota pequeña, lleno de un líquido amarillo brillante que contenía masas floculentas y hallándose rodeado de materia gomosa.

COMENTARIO XCVIII

Sobre la tisis fibroide

El doctor Goodhart ha hecho mención de varios casos de tisis fibroide, en los cuales cree que la causa fué la sífilis, y nos ha dado una buena reproducción en que se ve pequeños

gomas diseminados en los pulmones. En éste y en algunos otros ejemplos existían los procesos tuberculosos en yuxtaposición con los gomosos, y probablemente secundarios á aquéllos. El doctor Goodhart consideró los cambios como característicos de la sífilis; pero el doctor Douglas Powell sospechó que los gomos podrían ser tal vez constantes, ó coágulos de sangre en relación con la hemoptasis.

COMENTARIO XCIX

Sobre la enfermedad de las cápsulas suprarrenales

No tenemos aún muchas noticias sobre la enfermedad sifilítica de las cápsulas suprarrenales. En el luminoso informe del doctor Greenhow sobre la enfermedad de Addison, no se hace mención de la enfermedad sifilítica de estos órganos. En las *Memorias Patológicas* de 1884, el doctor Turner publicó el caso de un hombre, de treinta y cuatro años, que murió en el Hospital de Londres á los diez años de haber contraído la sífilis. Padecía una pneumonía aguda y degeneración lardácea adelantada del hígado y de los riñones. Las cápsulas suprarrenales estaban muy engrosadas, y sus condiciones eran características de la sífilis. En relación con este caso, el doctor Turner ha reunido datos de otros autores sobre el mismo asunto. Se han observado, algunas veces, caracteres de inducción y de degeneración grasienta.

COMENTARIO C

Casos de enfermedades sifilíticas de los pulmones por sífilis hereditaria y adquirida

El doctor Greene ha publicado el caso de un niño que murió á los seis años de edad por enfermedad extensiva de un

pulmón. Había mucho espesamiento fibroso, no solamente de la pleura, sino también de las paredes de una profunda caverna del lóbulo superior. El espesamiento era tan peculiar que, sin conocer la historia, el doctor Greene emitió la opinión de que el niño debía haber sido sifilítico. Esta opinión quedó confirmada con tanta más razón en cuanto los incisivos centrales superiores eran pequeños y de forma irregular. El otro pulmón estaba casi sano, pero presentaba algunas pequeñas señales de induración fibroide; el bazo se hallaba muy engrosado, con espesamiento sifilítico típico, y la cápsula del hígado se había espesado también.

Este caso es de mucho interés, porque demuestra el valor atribuído por aquel eminente patólogo á estas condiciones de induración fibroide como consecuencia de la sífilis; y también nos indica el valor del aspecto de los dientes, constituyendo una evidencia, pues no se podían obtener de los padres antecedentes de sífilis.

El doctor Goodhart ha publicado el caso de una mujer de cincuenta años en cuyo pulmón se habían formado cavernas que tenían espesas paredes fibroides. Los cambios de esta naturaleza se extendían irregularmente, y en un espacio había una masa de tejido friable. El citado doctor suscita la cuestión de que si tales cambios no deberían considerarse acaso como indicadores de la sífilis, aun á falta de evidencias que la confirmasen. En este ejemplo no hubo antecedentes; pero el paciente presentaba cicatrices en las piernas, espesamiento en las cápsulas del bazo y del hígado, y gomas reblandecidos en el último.

COMENTARIO CI

Sobre la estrechez de los tubos aéreos más grandes después de la ulceración sifilítica

Debemos hacer algunas indicaciones sobre los efectos de la sífilis al ocasionar estrecheces de los tubos y orificios,

hecho observado muy á menudo en las arterias, en las que es muy común. Al hablar de la paraplegia dije que algunos opinan que el reblandecimiento puede producirse por falta de nutrición sanguínea de la médula á causa de la estenosis arterial general. Los ataques de hemiplegia relacionados con la alteración de las arterias, rara vez son quizás debidos simplemente á una estrechez, y sí más bien á la trombosis, como complicación del espesamiento arterial.

La estenosis de la laringe no deja de ser común como consecuencia de la ulceración sifilítica, y á menudo exige la traqueotomía.

En muy pocos casos puede llegar la estrechez de la faringe hasta el punto de producir, no sólo dificultad para tragar, sino sofocación durante el acto. Cítanse algunos casos de estenosis de la tráquea. Mr. Pugin Thornton hizo mención, en las *Memorias Patológicas* de 1874, del caso de un hombre que padeció sífilis completa en 1871, y en quien la laringe se afectó diez meses después.

Al año siguiente estuvo varias veces sometido á tratamiento por serle difícil respirar, no habiéndose aliviado del todo con la traqueotomía, operación que se ejecutó durante un ataque de extremada disnea, sobrevenida cuando el paciente paseaba por la calle. El hombre murió á los tres años de los accidentes primarios; y al practicarse el examen *post mortem*, no sólo se encontró laringitis, sino que también se vieron los resultados de la ulceración de la tráquea, los cuales se extendían hasta su bifurcación. Cerca del quinto anillo de la tráquea se encontró una especie de capa cicatricial que sólo dejaba una abertura suficiente para admitir una sonda esofágica del número 8.

El doctor Gulliver ha dado á conocer un caso de sífilis inquestionable (siete años antes), en el que se encontró una estrechez anular de la tráquea, más arriba de su bifurcación. También había cicatrices de antiguas úlceras en la parte inferior de la tráquea y en ambos bronquios.

En 1879 el doctor Morell Mackenzie presentó á la Sociedad Patológica un ejemplo de contracción de la tráquea en su parte superior á consecuencia de ulceración sifilítica. Hallá-

base tan reducida, que sólo se podía introducir el cañón de una pluma de ganso. La disnea que había precedido á la muerte fué muy intensa, aunque de carácter paroxístico; y la laringe estaba del todo sana. Negábase todo antecedente de sífilis; pero en el hígado y en los riñones había depósitos de cuya naturaleza no se podía dudar.

COMENTARIO CII

Enfermedades de los pulmones: tisis sífilítica

Raras veces la sífilis ataca los pulmones en ningún período. En los primeros tiempos sólo produce congestiones temporales, pero en los últimos pueden manifestarse inflamaciones del parénquima con tendencia á los cambios agresivos. En algunos casos es posible que se presenten gomas aislados, mas por lo regular el proceso es de infiltración. El lóbulo medio es, más á menudo que otras partes, asiento de la lesión, y rara vez se afectan ambos pulmones á un tiempo. Estos hechos ayudan mucho á formar el diagnóstico. Comparados con la tisis tuberculosa, los procesos de la sífilis son más rápidos; pero, si se permite á la enfermedad adelantar, pueden manifestarse cambios muy análogos, siendo tales los síntomas que el diagnóstico se hace muy dificultoso. En todos los casos, tratándose de individuos que hayan padecido sífilis ó la hayan heredado, será oportuno prescribir el mercurio. Si el tratamiento se emplea con prudencia, rara vez puede hacer daño, y en algunos casos obtiénense excelentes éxitos. Los resultados finales de la enfermedad sífilítica de los pulmones se asemejan algo, con frecuencia, á los de la tisis llamada fibroide; pero en algunos casos fórmanse cavernas semejantes á las de la tuberculosa. Siempre se deben buscar, por supuesto, los bacilos.

COMENTARIO CIII

Afecciones sifilíticas de las arterias

Aunque, sin duda alguna, la sífilis puede afectar cualquier parte de los órganos de la circulación, sus más marcados y frecuentes ataques ocurren en las arterias de mediano tamaño, y particularmente en las del cerebro: rara vez afecta al corazón ó á los grandes vasos. Muy á menudo se encuentra como forma crónica de una arteritis, que comienza en la túnica interna, pero rara vez afecta el endotelio. Acompañan, y aun preceden á tales cambios, otros semejantes en la túnica externa, afectándose la túnica media solamente de una manera secundaria. Lo más común es el espesamiento esclerótico de la parte afecta, interesando el calibre del vaso, que experimenta grande estrechez.

Algunas veces queda invadido un considerable espacio de la arteria, y en otros casos las áreas son limitadas, pero múltiples. Difiere del ateroma por un marcado carácter; y es que, mientras aquél debilita el vaso, favoreciendo su dilatación, la sífilis ocasiona induración y contracción. En su consecuencia, muy excepcionalmente es causa de aneurismas, ni tampoco es común que se produzcan ulceraciones que pudieran enviar material embólico á la corriente sanguínea. Por otra parte, es frecuente causa de oclusión y privación local de riego nutritivo, originándose así hemiplegias y otras formas de parálisis en caso de ser el cerebro el sitio de la lesión.

COMENTARIO CIV

Condilomas del corazón

En la magnífica colección de láminas publicada por Auvert, de Moscow, hay una que representa dos casos de *condilomas*

del corazón. La figura 1.^a (lám. XC) muestra una gran vegetación en el borde libre de una de las válvulas semilunares pulmonares. Es tan grande como una nuez y parece flórida y blanda, no hallándose espesado el resto de la válvula. La paciente era una mujer de treinta y ocho años, que tres años antes había padecido sífilis, presentando condilomas en el ano.

La figura 2.^a de la misma lámina representa una úlcera condilomatosa, situada entre dos válvulas semilunares de la aorta. La preparación procedía del cadáver de un individuo joven que había padecido una sífilis grave. La úlcera es flórida, tiene los bordes elevados, y su tamaño viene á ser como el pulpejo del dedo meñique.

Puede haber alguna duda, en estos casos, sobre si las lesiones fueron verdaderamente sifilíticas; pero la indicación afirmativa es muy importante, y las láminas tienen mucho valor.

Enfermedades sifilíticas de las válvulas cardíacas.—El doctor Leared ha citado otro ejemplo de presunta afección sifilítica de las válvulas aórticas. El paciente, de treinta años, no había padecido reumatismo, pero sí estuvo sometido á tratamiento para curarse la sífilis diez y ocho meses antes. Murió hidrópico, y al abrir la aorta vióse proyectar de ella una masa bien marcada, de carácter condilomatoso, del tamaño de media peseta.

COMENTARIO CV

Tumor sifilítico del corazón

En 1880 Mr. Shattock presentó á la Sociedad Patológica el corazón de un niño sifilítico, en el cual, adherido al ventrículo derecho, veíase «un pequeño tumor ovoide, ligeramente granulado, nodular y muy circunscrito». Designólo con el nombre de «tumor mucoso del corazón,» goma sifilítico. Invadía la parte inferior del borde libre de la válvula tricúspide. Los otros órganos del cuerpo estaban sanos.

Los doctores Burdon, Landerson y Cayley, que informaron sobre el caso á la Sociedad, no parecían estar seguros de su carácter sifilítico.

COMENTARIO CVI

Perforación sifilítica de la aorta

Según hemos dicho ya, de la afección sifilítica de las arterias no suele resultar ulceración; pero hay casos excepcionales. Alguna vez puede ocurrir una muerte repentina por efecto de la perforación de las paredes arteriales, y de esto tenemos una preparación en el museo del Hospital de Londres. La paciente era una prostituta, de treinta años de edad, que murió de repente mientras almorzaba, sin haber experimentado antes síntomas de enfermedad torácica. El pericardio estaba lleno de sangre á causa de una profunda excavación de la pared arterial, del tamaño de un guisante grande, de bordes afilados. Halláronse muchas placas sifilíticas en la aorta descendente y en los troncos de las arterias más grandes; y la túnica interna estaba particularmente espesada, hallándose también afectadas las capas media y externa.

COMENTARIO CVII

Enfermedad obliterativa de las arterias centrales en un temprano período de la sífilis

El doctor Sharkey ha publicado, en las *Memorias Patológicas*, el caso de un hombre que murió de una degeneración de las arterias cerebrales á los siete meses de haber padecido la sífilis y cuando aun estaba cubierto de sífilides. A mí me ha interesado mucho saber que la lesión era del todo simétrica y que afectaba las cerebrales medias de cada lado. Comenzó en la túnica externa, y extendióse por dentro. Las dos arterias estaban obliteradas, y había reblandecimiento de las partes nutridas por ellas. El paciente había sufrido dolores de

cabeza, y estaba sometido al tratamiento antisifilítico, cuando cayó casi de repente en un estado semicomatoso, con varias convulsiones de todos los miembros; y en tal situación permaneció hasta su muerte, ocurrida una semana después.

COMENTARIO CVIII

Úlceras de los intestinos delgados por efecto de la sífilis

Muy pocos hechos se han citado en apoyo de la infección sifilítica de los intestinos. El doctor Norman Moore ha dado á conocer un caso en que una mujer de cuarenta y seis años, además de aquejar otras lesiones sifilíticas incuestionables, presentaba numerosas placas espesadas en los intestinos delgados, unas con úlceras y otras con cicatrices y contracción de tejido, suficiente para haber causado alguna obstrucción.

COMENTARIO CIX

El bazo en la sífilis hereditaria

En los niños sifilíticos que nacen muertos, ó que sucumben poco después de ser dados á luz, el bazo se encuentra muy á menudo engrosado, debiéndose el aumento de tamaño y peso á una hiperplasia general, porque el estroma se espesa y las vainas de las arterias se infiltran. Birsch Hirschfeld asegura, como resultado de sus exámenes, que el bazo de tales niños suele tener dos veces su peso normal en relación con el del cuerpo.

Que dicho órgano está con frecuencia engrosado en los niños sifilíticos que sobreviven, es una observación confirmada por el doctor Barlow, como resultado de sus investigaciones en el Hospital de Niños.

COMENTARIO CX

Sobre los gomas de los testículos por sífilis hereditaria

Los gomas de los testículos de los niños que heredan la sífilis no son muy raros. Yo tengo un magnífico dibujo que representa esta alteración en un niño que presentó también gomas en un pulmón y dientes sifilíticos.

En 1881, Mr. Furneaux Jordan me escribió diciéndome que había escindido un teste, á consecuencia de la llamada *enfermedad estrumosa*, en un hombre de treinta y ocho años, el cual tenía los dientes deprimidos más característicos que jamás había visto; en el cráneo había ocho ó nueve exostosis separadas, una en cada tibia, y otra muy grande en el humero derecho; su fisonomía era típica, y no había precedente de sífilis adquirida.

El doctor Wilks presentó á la Sociedad Patológica, en febrero de 1865, una curiosa preparación de lesión sifilítica de los testes en relación con la enfermedad hereditaria.

El niño, de cinco meses, presentaba los síntomas ordinarios de la sífilis, y tenía los testes muy dilatados. Tres meses después del tratamiento mercurial todos los síntomas habían desaparecido, y dicho órgano recobró su tamaño natural.

COMENTARIO CXI

Enfermedades del recto en relación con la sífilis

Entre los afectos locales que parecen relacionarse indirectamente con la sífilis terciaria, tenemos estrecheces no malignas del recto. Esta forma de estrechez es mucho más común en las mujeres que en los hombres; habiendo atestiguado los observadores que una gran mayoría de los que padecen esta en-

fermedad en precoz período, tienen sífilis. Mr. Allinham, en su notable obra sobre las enfermedades del recto, cita un considerable número de casos clínicos sobre la materia. Dos dificultades se presentan: la primera es que en cierto número de casos no hay razón para sospechar la sífilis, aunque la afección reviste en la mayoría de las veces este carácter; la segunda es que, en los casos en que hay antecedentes concluyentes, rara vez se puede hacer nada bueno por el tratamiento constitucional.

Sin duda no estaremos lejos de la verdad sosteniendo que aquellos que han tenido sífilis son más propensos que otros cuando median otras causas excitantes á la inflamación crónica de las capas del intestino inferior. En las mujeres, la principal causa excitante es tal vez la contusión del intestino al nacer la criatura, y de aquí la preponderancia de esta afección en el sexo femenino. En otros casos, la irritación causada por las acumulaciones fecales puede ser suficiente; y en unos pocos, quizás la enfermedad sea espontánea en cuanto falta una marcada influencia local. En este sentido la enfermedad del recto ocupa el mismo lugar que el psoriasis palmar, la hipertrofia esclerótica de la lengua, y otras muchas afecciones, manifestadas principalmente en aquellos que padecían sífilis, pero en las cuales influye mucho más la irritación local. A mí me parece que en proporción á la extensión del mal, y sobre todo al espesamiento presente, podemos hacer con más ó menos confianza el diagnóstico de antecedentes sifilíticos. Cuando la enfermedad se ha establecido en el recto, se perpetúa y agrava por las funciones normales del órgano, ofreciendo el mejor paralelo con lo que observamos en el caso de la lengua.

No vemos á menudo ninguna enfermedad del recto que se pueda diagnosticar definitivamente de sifilítica y que parezca ceder al tratamiento específico. Algunas veces, sin embargo, hállese este afecto asociado con marcada sífilis en otras partes, como, por ejemplo, en la lengua, en la garganta ó en la laringe. Yo tengo varios dibujos que representan esta asociación.

COMENTARIO CXII

Afecciones terciarias de las membranas mucosas

La enfermedad conocida entre los médicos franceses con el nombre de *estiomena*, afección crónica hipertrófica y ulcerativa de los órganos genitales externos de la mujer, parece ocupar la misma posición, respecto á la sífilis, que la de que he tratado al hablar de la enfermedad del recto. Las más de las que la padecen han tenido sífilis, y, sin embargo, no suele ser curable por los específicos. De la propia manera que las enfermedades no malignas del recto y de la lengua, hay motivos para creer que á veces el estiomena acaba por hacerse canceroso.

Creo que no se sabe mucho por lo que hace á las afecciones de los otros tejidos mucosos en el período terciario de la sífilis. No conocemos ninguna forma de lesión sifilítica terciaria de la vejiga ó de los intestinos delgados, ni hay tampoco mucha mayor evidencia clínica respecto á las afecciones del esófago ó del estómago. Mi colega, el doctor Fenwick, que es autoridad en la materia, me dice que cree haber visto señales *post mortem* de esclerosis sifilítica de las tónicas del estómago, y que está acostumbrado á diagnosticar una forma sifilítica de dispepsia en asociación probable con tal estado. No conozco preparación alguna de museo, ni observaciones publicadas; pero he presenciado un solo caso de angustioso dolor de estómago después de comer, asociado con una extensa induración sifilítica de la lengua.

COMENTARIO CXIII

¿Pueden supurar alguna vez los gomas de las vísceras?

Bien sabido es que la supuración ocurre raras veces en los

gomas internos. Los que se forman en el tejido celular, y en relación con los huesos, no dejan de reblandecerse y desaparecer en algunos casos, y el resultado final es á menudo el de un absceso que contiene pus y restos de tejido. Respecto á la rareza de este hecho en las vísceras, puedo citar la autoridad del doctor Moxon, que escribe lo siguiente: «La resistencia á la supuración que la materia sifilítica suele manifestar, es uno de sus principales caracteres, y obsérvase en todo el curso de la enfermedad, desde la induración callosa de las glándulas de la ingle hasta los depósitos sifilíticos comunes al hígado, al cerebro y á los testes. El reblandecimiento de la materia es tan raro, que puede considerarse generalmente que la enfermedad sifilítica no se reblandece.»

Mi opinión en estas observaciones es que el doctor Moxon exagera un poco el caso, y que la inflamación de los gomas ó de su alrededor es más común de lo que él cree. Sus indicaciones se relacionan con un caso en el cual se encontraron muchas grandes masas en el hígado, semejantes á tumores sarcomatosos reblandecidos en el centro. Estaban encerrados en unos que parecían ser kistes fibrosos, y asemejábanse, en cuanto á consistencia, á la sustancia cerebral. En el centro contenían un humor como pus, y en el mayor había cierta cantidad de bilis, habiéndose abierto el conducto biliar. En un testículo observábase una orquitis sifilítica (gummato-sa) muy característica.

COMENTARIO CXIV

Supuesta inflamación aguda del bazo en relación con la sífilis

En las *Memorias Patológicas* de 1871, el doctor Moxon describe el caso de una mujer de veintinueve años en cuyo hígado se encontraron «grandes trayectos de un tumor sifilomatoso semejante á una patata, teniendo todas las cualidades de un tumor perfecto. El bazo ofrecía un estado notable. Pesaba 17 onzas, y su cápsula se había espesado irregular-

mente. Una considerable porción que estaba bajo la cápsula presentaba un color negruzco, como por extravasación de sangre, hallándose la parte central blanda y pulposa. El doctor Moxon le compara á la hepatización de los pulmones, é indica que podemos contar con una pneumonía sifilítica aguda y una esplenitis sifilítica, aguda también.

COMENTARIO CXV

Enfermedades sifilíticas (gomas) de la sustancia muscular del corazón

El doctor Cayley ha publicado, en las *Memorias Patológicas* de 1875, la historia *post mortem* de un caballero de veintiocho años de edad, á quien se encontró muerto en su cama, sin duda á consecuencia de una excesiva dosis de cloral. Sabíase que había tenido sífilis algunos años antes, y halláronse en su corazón curiosas alteraciones. Hé aquí la descripción del doctor Cayley: «El pericardio no estaba adherente; el corazón se había engrosado un poco, particularmente á causa de la hipertrofia del ventrículo izquierdo; alojados en la pared de éste, cerca de la punta, había varios nódulos densos, redondeados, de color blanquecino, que se proyectaban hacia fuera y hacia la cavidad del ventrículo izquierdo. La base de los músculos papilares estaba en parte invadida por el tumor, y no había cambio fibroide general en las paredes ventriculares. Por el examen microscópico vióse que el tumor consistía en pequeñas células redondas, alojadas en un estroma fibroso. En uno ó dos puntos habíase manifestado la degeneración caseosa, y los depósitos se componían de restos amorfos.»

La lámina 29 del *Atlas de Ricord* es un buen ejemplo de gomas diseminados en la sustancia del corazón. Se tomó de un paciente que tal vez había tenido sífilis dos ó tres veces.

COMENTARIO CXVI

Pleuresia sífilítica con pneumonia fibrinosa. Opiniones del doctor Moxon en cuanto á la simulación sífilítica de la tisis

El doctor Moxon ha descrito un caso muy particular en el que los síntomas de pleuro-pneumonía eran suficientes, juntamente con el estado del hígado, para conducirlo á diagnosticar de sífilis, aunque no había antecedentes de ella. El hombre murió, á decir verdad, de una contusión de la médula espinal mientras se ocupaba en un pesado trabajo; y el caso demuestra, de una manera notable, lo que se puede emprender á despecho de una extensa afección orgánica. El examen *post mortem* demostró que la parte inferior de la pleura izquierda está cubierta de linfa firme y reciente; el pulmón izquierdo, que estaba debajo, presentaba una alteración gris fibroide, y había espesas masas del mismo carácter que profundizaban mucho en el parénquima pulmonar. El interés del caso, para mi presente objeto, está en relación con la creencia de que los cambios eran de origen sífilítico; y la evidencia en este punto es la siguiente: el hígado estaba muy dilatado, en extremo lardáceo y marcado por placas cicatriciales semejantes á las del pulmón; el bazo, las cápsulas suprarrenales y los riñones eran también lardáceos; y ambos testes presentaban un buen ejemplo de orquitis sífilítica fibrosa.

Respecto al término *tisis fibroide*, el doctor Moxon insiste en que la afección no se asemejaba de ningún modo á la tisis común, pues no había tubérculos ni tampoco pneumonia caseosa, y la alteración se extendía de abajo á arriba continuamente, y no en reducidos espacios. Dicho doctor asegura que ha visto repetidas veces la tisis tuberculosa ordinaria en individuos sífilíticos, sin observar ningún carácter fibroide. Sostiene que el goma del pulmón es raro, muy pocas veces grande, y que la condición común en los pulmones de los individuos sífilíticos es una hepatización crónica blanca, con más ó menos induración, que se suele extender de arriba á bajo. Esta

hepatización es propensa á la gangrena, y pueden producirse cavernas muy análogas á las de la tisis tuberculosa.

COMENTARIO CXVII

Enfermedad sifilitica periarterial del cerebro, con induración subsiguiente

El doctor Cliford Allbutt ha recogido una observación importante sobre este trastorno. En el cerebro de un paciente que murió de enfermedad sifilítica de muchos órganos, halló varias masas diseminadas, cuyo tamaño variaba desde el de un guisante hasta el de una nuez, y que estaban algo induradas. Por el examen microscópico, resultó que la induración parecía deberse, sobre todo, á una exudación celular de los canales perivasculares. Esta exudación produjo mucho espesamiento alrededor de las arterias, envolviéndolas en una materia granular verde y trasparente.

COMENTARIO CXVIII

Sobre la enfermedad sifilitica de las arterias en general

Este desorden es muy común, y los vasos cerebrales son los que más á menudo se afectan.

La estenosis del canal arterial es la primera condición que se produce, y puede ó no conducir á una trombosis y completa obliteración.

Los síntomas debidos á la estrechez son vagos, indefinidos y variables; mientras que los que resultan de la obliteración afectan, por lo regular, el carácter de un *accidente* ó de un *golpe*. Si sólo se manifiesta la estrechez, será fácil que el paciente se restablezca por completo; pero si ha sobrevenido el *accidente*, tal vez se siga el reblandecimiento local, y puede

ocurrir una parálisis persistente. Con la estenosis se manifiestan á menudo síntomas de dejadez, afasia, pérdida de la memoria, obnubilaciones, ó ligeros ataques de espasmo muscular. No deja de ser probable que á menudo, á menos de lesión simétrica, no se observan síntomas: todo depende de la extensión que la estrechez alcance. En los casos extremos, la región cerebral invadida puede quedar privada del riego nutricional, necrosándose tan eficazmente como si dependiera de la presencia de una embolia.

Ya he dicho que cuando, por último, sobreviene el accidente sífilítico, no es muchas veces repentino, sino que le precede entorpecimiento y hormigueo en los miembros que han de ser atacados. Este período amenazador implica, sin duda, que el riego nutricional está casi imposibilitado por la trombosis, pero no en absoluto. Hago esta descripción por haber observado el ataque en muchos pacientes que después estuvieron afectados de hemiplegia.

En todos los casos en que los enfermos que han tenido sífilis experimentan síntomas anómalos en la cabeza, se deben probar los específicos, y soy en un todo del parecer del doctor Buzzard de que el mercurio se debe preferir al ioduro de potasio. Es más eficaz; y si se usa en pequeñas dosis con prudencia, deprime mucho menos. He visto numerosos casos en que el ioduro no curó, y se obtuvo buenos resultados, desde luego, con el mercurio.

Ingerido por la boca, suele ser tan eficaz como las unciones; pero si se desea un efecto rápido, mejor serán éstas, pudiéndose usar también las inyecciones hipodérmicas, que es el más rápido de todos los métodos.

COMENTARIO CXIX

Sobre la periflebitis como consecuencia de la sífilis

Hay una curiosa forma de periflebitis debida á la sífilis, que á menudo presenta un curso crónico y produce cambios

muy peculiares. Va acompañada de mucho espesamiento alrededor de las venas distendidas y arrolladas, que se entrelazan formando como una masa en forma de torta, adhiriéndose á la piel. Á veces preséntase supuración y despréndense algunas porciones de tejido celular, dando lugar á la formación de úlceras características; pero en otros casos semejante condición puede prolongarse durante muchos años en un estado de curación parcial posible por los específicos. Siempre tiende á diseminarse. Las formas ligeras de periflebitis sifilítica no dejan de ser comunes, y por lo regular obsérvase en las piernas. Describiré dos casos excepcionales.

Uno de ellos fué el de un caballero sueco que me fué enviado por sir Joseph Lister, el cual caballero presentaba en el muslo y nalga izquierdos un espacio grande como las dos manos, muy espesado y en figura de torta. La superficie era desigual, dura en algunas partes; mientras que aquí y allá se podían distinguir algunas venas dilatadas de considerable tamaño. Los bordes del espacio se marcaban bastante bien; pero de ellos partían venas dilatadas, y en ciertos puntos había una especie de cicatrización subcutánea que había producido depresión. Según los antecedentes, semejante condición se había ido extendiendo durante cuatro ó cinco años, habiendo precedido un ataque completo de sífilis.

En el segundo caso, el de un agente de emigración que me fué enviado por mi colega Mr. Caltrhop, el estado de cosas era más particular aún: toda la extremidad inferior derecha estaba invadida; la piel y los tejidos subcutáneos se habían espesado irregularmente; en algunas partes veíanse profundas depresiones (cicatrices subcutáneas), y en otras dicho espesamiento era de una pulgada ó más. Á primera vista pensé que había habido úlceras extensas; pero me aseguré de que no era así, y que las depresiones se debieron formar sin ninguna úlcera exterior. En muchos sitios hallé masas de venas arrolladas que se habían dilatado, y en varias partes la piel estaba rubicunda. Se me dijo que aquella condición había comenzado seis ú ocho años antes en la pierna, extendiéndose gradualmente desde ésta hasta la parte superior del muslo.

El ataque de sífilis ocurrió veinte años antes, y el paciente

se hallaba gozando de excelente salud. Creo que no se hizo uso de ningún tratamiento específico para la curación. El paciente se me presentó, no tanto por causa de la pierna como por un eritema que cubría una mejilla. Era muy particular, y no dudé en considerarle como una simulación sifilítica del lupus eritematoso. La placa se extendía desde la oreja izquierda, y era tan grande como la palma de la mano; tenía el carácter serpiginoso y no había ninguna ulceración. Los bordes eran elevados y ligeramente edematosos, y cedían á la presión.

COMENTARIO CXX

Sobre las afecciones sifilíticas del testículo

La forma más frecuente de la alteración de los testes es un goma crónico de la misma glándula, que se presenta de dos á cuatro años después de los síntomas primarios. La glándula se puede engrosar mucho y suele redondearse por igual. Algunas veces sólo se afecta un teste, y otras los dos. El tumor es, en muchos casos, más ligero que ninguna otra forma de neoplasia, incluso el hidrocele; pero en varios no sucede así. Rara vez se espesan los conductos deferentes; y por grande que sea el tumor, susceptible de alcanzar la dimensión de los dos puños, siempre hay esperanza de reducirlo al volumen normal por el tratamiento específico. Esto es lo que sucedió, en el ejemplo del más grande que jamás conocí, después de haber aconsejado la castración á causa de su tamaño. Esta forma de sarcocele crónico puede tener varias terminaciones; pero la más común es una resolución completa, quedando la glándula algo indurada, aunque útil todavía para sus funciones. En otros casos pueden presentarse supuración y abscesos, y en algunos un estado de atrofia fibroide. Aunque el tiempo más común en que se manifiesta el testículo sifilítico es hacia fines del segundo año, puede presentarse antes ó mucho más tarde.

Cuanto más pronto se presente, más peligro habrá de inflamación supurativa. En los muy raros casos en que se encuentra entre los accidentes secundarios, obsérvase casi siempre mucha violencia en la enfermedad y tendencia á la inflamación aguda. He visto inflamarse y dilatarse enormemente los dos testes, manifestándose á la vez una fuerte erupción rupioide, con ulceración fagedénica de la nariz. Los abscesos se formaron alrededor de los testes, y en ambos lados quedó descubierta la glándula. Estos desórdenes se desarrollaron á los seis meses de manifestarse el chancro y antes de haber desaparecido del todo. El paciente se restableció con los específicos, pero quedó cubierto de cicatrices de rupia. En otro caso, en que un hombre murió de gomas en la sustancia del corazón teniendo aún la erupción secundaria, encontróseles también en ambos testes. Ricord dice que ha visto los testes afectados por la sífilis en el quinto mes, y Berkeley Hill recuerda un caso que ocurrió al sexto mes, asociado con rupia y periostitis.

En los casos á que me refiero, el cuerpo de la glándula fué la parte principal ó únicamente afectada. Muchos observadores han notado, en el período secundario, ligeros engrosamientos de la cabeza del epididimo, que desaparecen rápidamente con el tratamiento.

Por regla general, el conducto deferente y el epididimo escapan de la complicación, pero hay muchas excepciones, y de ningún modo podemos confiar en la época del depósito como medio de diagnóstico. A menudo es sumamente difícil distinguir entre la afección tuberculosa y los gomas, y ambas pueden tener las mismas terminaciones, con la excepción de que el tratamiento específico manifiesta marcado efecto en aquellos casos que se deben á la sífilis.

Cuando el conducto deferente se dilata, debe examinarse dónde está situada la estrechez uretral, cuya existencia debe suponerse, pues ocurren casos en que la hay muy molesta, y en los que el engrosamiento del conducto parece haber precedido á la orquitis y diseminándose desde la uretra, siendo, sin embargo, la afección resultante de los testes, de carácter sifilítico. En estos casos podemos creer que la irritación uretral hace

las veces de causa excitante, determinando una complicación que, á no ser por esto, no se habría desarrollado nunca. En tales circunstancias es necesario tratar la infección constitucional y la causa local.

Hay algunos raros casos en que sólo padecen el conducto deferente y el epididimo, sin señales de afección uretral. El conducto, detrás del testículo, se puede espesar mucho y enrollarse sin la menor tendencia á los abscesos ó á formación de gomas, pudiendo permanecer así durante meses y aun años. En algunos de estos casos los antecedentes de sífilis no son claros, ni el efecto de los específicos determinado; pero, con todo, creo que suelen guardar relación y deben curarse sólo por un prolongado tratamiento mercurial.

COMENTARIO CXXI

Sobre la manifestación de la enfermedad sífilítica de los testículos después de largos periodos de salud

La enfermedad sífilítica de los testículos puede variar en extremo en cuanto al grado de gravedad y las condiciones de la acción inflamatoria que la acompaña. Como ejemplo de una de las más ligeras formas, puedo citar el caso de un político que me consultó, hace algunos años, sobre algunas placas blancas de la lengua. Se habían desarrollado casi de pronto, y desaparecieron rápidamente con el ioduro de mercurio. El paciente había padecido sífilis unos siete años antes. Seis meses después de cesar el tratamiento para la lengua, apareció un bulto del tamaño de una nuez en un epididimo. Pareció un tubérculo como un goma, pero desapareció con el tratamiento específico; de modo que no se podía dudar de su verdadera naturaleza. Esto sucedió hace ocho años, y el paciente á que me refiero ha observado desde entonces un género de vida muy activo, sin que se reprodujeran los síntomas. Pocos hombres han trabajado tanto con la inteligencia, y, sin embargo, nunca se manifestó la menor señal de desorden en su sistema

nervioso. El testículo es uno de los órganos que no deja de ser atacado con frecuencia, de repente, después de prolongados períodos de reposo; y á veces sucede que otros órganos ó estructuras no tardan en seguir el mismo curso. Los dos siguientes casos, en los cuales se presentó una enfermedad del pulmón, semejante á la tisis, conjuntamente con un sarcocoele sifilítico, ofrecen caracteres de grande importancia clínica.

Un caballero de veinticuatro años contrajo la sífilis en Ceilan. Hubo erupción, ulceraciones de la garganta y alopecia. Se le trató con mercurio é ioduros por espacio de seis meses, y se restableció. Durante los seis años siguientes su salud fué completa, y nunca tomó la menor dosis de ningún medicamento. Después se presentó el primer acceso de fiebre intermitente, y entonces se abultó el testículo derecho; formóse un absceso, que fué dilatado; y el resultado fué que á los dos meses todo el testículo formaba procidencia fuera del escroto. En tal estado, volvióse á comenzar con los específicos y obtúvose una curación completa, aunque la glándula quedó algo indurada. Sin embargo, al poco tiempo, el otro testículo se abultó; y si bien pudo curarse con el tratamiento, quedó también muy indurado. Seis meses más tarde, después de la primera enfermedad del testículo, sobrevino una hemoptisis, y el paciente esputó como medio cuartillo de sangre, con lo cual perdió carnes y se le consideró en estado de consunción.

Se le trató, en consecuencia, en un establecimiento especial, juzgándose después que tenía una marcada enfermedad del pulmón. Cuando salió de aquel asilo se puso en manos de un médico que trató la enfermedad como sifilítica, y bajo la influencia del mercurio se restableció completamente, tanto por lo que hace á la afección del pecho como á la de los testículos.

COMENTARIO CXXII

Fuerte ataque de sífilis visceral veinte años después de los accidentes primitivos: síntomas de enfermedad del pulmón con gran caquexia: considerable sarcocoele y completo restablecimiento.

Un caballero de veinticinco años de edad tuvo sífilis com-

pleta, tomó mercurio y se restableció. Libre de todo síntoma durante cinco años, casóse á los treinta y uno. Su esposa dió á luz cuatro niños, y el sujeto se conservó bien hasta los cuarenta y uno. Entonces se le infartó el hígado, poco después le sobrevino tos y espectoración, y, como el paciente enflaquecía mucho, se le envió á Italia á pasar el invierno. Durante el año siguiente continuó débil, y se supuso que padecía una tisis crónica. Cuando llegó á los cuarenta y cuatro años, se le envió á la Argelia; y apenas volvió á su país, enfermó de tal modo que se temió por su vida. De repente inflamósele un testículo, adquiriendo el volumen de dos puños; y en tal estado el paciente vino á consultarme. La desorganización de la parte parecía completa, y le molestaba de tal modo que aconsejé al paciente la castración, induciéndome sobre todo á tomar esta indicación la circunstancia de que el enfermo había ingerido mucho ioduro y tenía la salud muy quebrantada. Este medicamento le había aliviado mucho, pero sin reducir materialmente el tamaño del testículo. Mientras reflexionaba sobre si consentiría ó no en la operación propuesta, le prescribí el mercurio. Con este remedio experimentó mejoría, y el resultado final fué que al cabo de algunos meses el testículo volvió á su volumen normal, desapareciendo todos los síntomas de pecho. Esta curación se obtuvo en 1882, y el paciente ha disfrutado desde entonces buena salud.

Debo citar un hecho curioso; y es que, mientras administraba el mercurio, el testículo atacado disminuía de volumen rápidamente, pero el otro comenzó á engrosarse alcanzando regulares dimensiones, hasta que volvió á disminuir.

Apenas se puede dudar, en este caso, que las lesiones pulmonares habían sido de carácter sifilítico. No puedo citar datos míos; pero el paciente había consultado á notables especialistas antes de salir de su país, y se juzgó que estaba atacado de una enfermedad del pulmón. De esta última no ha tenido los más ligeros síntomas hace algunos años.

No conozco ningún otro caso en que se viera un goma tan grande: el testículo era tan voluminoso, que al principio creí la curación casi imposible.

- Este caso puede servir de buen ejemplo de lo que algunas

veces vemos tratándose de fuertes ataques de síntomas terciarios después de un largo período de cabal salud. Cerca de veinte años habían transcurrido, durante los cuales nacieron niños muy sanos; y después la enfermedad atacó sucesivamente varias vísceras: el hígado, los pulmones y los testículos, sin afectar ninguna parte superficial. La curación nos enseña claramente que, en todos los afectos oscuros de las vísceras de los que en otro tiempo padecieron sífilis, se deben probar los efectos del mercurio.

COMENTARIO CXXIII

Sobre el tamaño de los gomas en relación con el período de la enfermedad

Seguramente parece haber alguna relación entre el tamaño de un goma (por ser sus tendencias semejantes á las de los tumores) y el período de la enfermedad. Los gomas grandes, aislados ó en reducido número y bien localizados, se suelen hallar en los últimos períodos de la enfermedad, es decir, que son marcadamente terciarios. Por otra parte, cuando los gomas son muy numerosos y están bastante diseminados, suelen conservarse pequeños, manifestándose en un temprano período del mal. Esto se ve confirmado en el caso de los depósitos diseminados en la coroides.

CAPITULO VIII

De las recidivas de las sífilides y de algunas erupciones
que las simulan

COMENTARIO CXXIV

*Sobre ciertos casos en que se presentan en el tronco erupciones
simétricas largo tiempo después de la sífilis: extremada di-
ficultad para hacer el diagnóstico.*

El diagnóstico de las erupciones sífilíticas secundarias no suele ser muy difícil; pero algunas de las que ocurren en el período terciario nos hacen dudar, hasta cierto punto, sobre todo cuando revisten la forma lupoides.

Sin embargo, hay ciertos síntomas de la piel que se manifiestan en los períodos intermedios, y sobre cuya verdadera naturaleza es, á veces, casi imposible estar seguro. Nuestros pacientes, sabiendo lo que han tenido, suelen estar dispuestos á creer que todas las enfermedades que aquejan después son de naturaleza sífilítica. Nada es más fácil que favorecer esta suposición y prescribir en consecuencia; y así sucede que las erupciones debidas realmente á otras causas se tratan, no pocas veces, como si fueran sífilíticas. Si cuidamos con celo de

evitar errores en uno ú otro sentido, sin descuidar la sífilis, para no tratar como tal una enfermedad que no lo es, nos hallaremos á menudo bastante perplejos. La cuestión de que se trata es no pocas veces más importante aún que la del mismo tratamiento.

Hace algunos años hube de visitar á un joven clérigo que, hallándose en el colegio seis años antes, tuvo la desgracia de contraer la sífilis. Yo le cuidé durante los períodos primario y secundario. Tomó el mercurio largo tiempo, y restablecióse aparentemente. Habiendo transcurrido un intervalo de cuatro años de inmunidad, contrajo, con mi pleno consentimiento, compromiso para casarse. Con gran disgusto suyo, unos tres meses antes del día fijado para las bodas comenzó á observar unas manchas parduscas en el cuello, brazos y tronco; y, sumamente apurado, vino á verme para preguntar qué sería aquello. Como era natural, lo atribuyó á la sífilis, y díjome que iba á perder su porvenir y su felicidad para siempre. Debo advertir que, exceptuando la erupción, gozaba de muy buena salud. Las manchas eran del tamaño de media peseta y aun mayores; aparecían simétricas, y abundaban más en el cuello, en la parte superior del pecho y en los brazos; eran muy secas y ligeramente escamosas. Yo me preguntaba si no podría tratarse de una forma particular de sarpullido ó pitiriasis, y rasqué algunas partículas de epidermis para el examen microscópico; pero no encontré hongos. Debe notarse que se trataba de una erupción simétrica, y que habían transcurrido seis años desde los accidentes primitivos. Según mi experiencia, no es nada común que una erupción simétrica y general debida á la sífilis se manifieste bajo tales circunstancias y después de tan largo intervalo. Dije con la mayor candidez á mi cliente que no podía asegurarle nada positivo, pero que como la cuestión era de tan apremiante importancia para él, debería tomar el mercurio. Hízolo así por espacio de un mes, y en este tiempo la erupción, en vez de ceder, fué en aumento, circunscribiéndose á los brazos, la raíz del cuello, los hombros y el tronco, es decir, á las partes cubiertas por las prendas interiores. Esta limitación me indujo á sospechar si se debería á dicha ropa, pero el paciente no había hecho ningún cambio reciente

en el material del género, y supe que no la usaba de noche.

Mi hombre dejó el mercurio el 10 de junio, y en esta fecha dispuse que usase camisetas de seda y tomase arsénico. También le prescribí una solución de carbonato de plomo para que se locionase abundantemente dos ó tres horas cada día. Al cabo de una quincena comenzó á estar mucho mejor, y al cabo de un mes la erupción del tronco desapareció sin dejar vestigio alguno.

El 15 de julio le encontré del todo bien, sólo que quedaban aún algunas manchas en las corvas, de forma irregular, color rojizo pálido y ligeramente escamosas. Entonces conseguí convencerle de que la erupción no era sifilítica, y le persuadí de que siguiese adelante con su proyectado matrimonio. Se casó á las pocas semanas, teniendo ya la piel completamente tersa.

Hace poco tiempo vi al paciente, y supe que al cabo de un mes de su matrimonio se había reproducido la erupción, pero desapareció pronto con el plan anteriormente prescrito: disfrutaba de buena salud, y no sabía á qué atribuir el hecho. Ahora está del todo bueno, y su esposa tiene un niño muy sano, que no ha presentado síntomas.

Debo confesar que vacilo mucho en dar nombre á esta erupción. Por el aspecto general, el color, etc., era exactamente como una sifilide; y aunque dispuesta como si se debiese á la irritación de la camiseta, y limitada á las partes que ésta cubría, se verá que la evidencia en este punto era mucha, pues el paciente no había hecho uso de ninguna tela á que no estuviese acostumbrado; y aunque la erupción desapareció cuando adoptó la seda, reprodujose después, debiéndose notar también que en su último período se afectaran los muslos y hasta el hueso poplito. El mercurio no influye para nada, y la desaparición completa, ó bien espontáneamente, ó por efecto de las sencillas medidas que prescribí, parece establecer la negativa en cuanto á la sífilis, y de una manera muy concluyente. Además de esto es muy excepcional una erupción sifilítica sólo en el tronco sin afectar las piernas, los antebrazos ó la cara en más ó menos grado.

He conocido otros varios ejemplos de una erupción casi análoga á la descrita, y en más de uno tropecé con la misma

dificultad para resolver si la dermatosis era ó no sifilítica.

El caso del capitán K. ofrece mucho interés desde este punto. Me consultó en febrero de 1885 sobre una erupción que había comenzado á aparecer hacía quince días, y que iba cubriendo el tronco, la parte superior de los brazos y los muslos. Yo le había curado años antes una sífilis completa; y después de un intervalo de tres años, durante los cuales disfrutó de salud, se casó. Naturalmente estaba muy disgustado por semejante contratiempo en tales circunstancias, y atribuía la causa á su anterior enfermedad.

La erupción era un eritema *punctatum*, y cuando se comprimía la piel las señales de las manchas desaparecían, aunque muchas de ellas eran de considerable tamaño. Las más reducíanse á pequeños puntos de color rojizo, y se parecían mucho á una sifilide. La simetría era exacta, y la erupción tan copiosa que casi cubría las partes afectadas. Los otros miembros, el cuello y la cabeza se hallaban libres. Las partes afectadas eran precisamente las que estaban en contacto con la camiseta interior; y supe que el paciente había adoptado, hacía poco, otras más gruesas que las que antes usaba. Esto le produjo cierta irritación, y desde que la erupción se le manifestó sentía mucho prurito. Tomando en consideración todos estos hechos, la simetría y la localización, el largo período de buena salud desde que ocurrió la sífilis, y la falta de otros síntomas, aventuré el parecer de que la erupción no sería sifilítica. Aconsejé al paciente que usara camisetas de seda, recetándole una loción alcohólica para lavarse la piel.

Tres días después la erupción se había hecho más marcada; los puntos pequeños habíanse convertido en manchas, y tenían un color más oscuro; habiéndose extendido aquélla por los brazos y hombros, cubriendo la parte superior de los muslos. Aquello era un eritema y desaparecía por la presión, asemejándose en un todo á una erupción sifilítica secundaria, aunque no había úlceras en la garganta y quedaban libres la cara, las piernas y los antebrazos. Habían transcurrido cuatro años desde que apareció el chancre. Yo sostuve que aquello no era sífilis, y aseguré al paciente que no debía temer nada por su esposa.

A los tres días la erupción había cambiado un poco. Las manchas eran aún muy extensas, comenzaban á descamarse, y su color oscuro no desaparecía al comprimir la piel. Algunas se manifestaban ya en la parte inferior de los muslos, y hasta en las piernas, donde la camiseta interior no tocaba. Además de esto, usábalas de seda.

No visité el capitán K. hasta el fin; pero la última vez que le vi, en 3 de marzo, la erupción desaparecía rápidamente del tronco por el simple tratamiento indicado: sólo quedaban las piernas y los antebrazos, donde se había desarrollado más recientemente. Quince días después me escribió diciéndome que estaba libre de todo.

Se observará que en este caso la erupción no fué del todo idéntica á la descrita precedentemente: comenzó como un eritema y terminó por descamación, mientras que las manchas no fueron nunca anilladas ó semicirculares. A pesar de que la erupción se diseminó últimamente hasta las piernas, me inclino á creer que era debida á la irritación que produjo la ropa interior, pues no es raro ver una dermatosis marcadamente ocasionada por una causa local, y que se extiende mucho más allá de los límites de la influencia directa de aquélla. Conozco un caso que puede considerarse como paralelo de lo ocurrido en el capitán K., y siento mucho haber conservado sólo una nota fragmentaria que no se refiere á la terminación. Si la persona interesada leyese por casualidad esto, me podría ayudar. El doctor Z. tuvo en su primera sífilis una abundante roseola, pero nada más. En su consecuencia tomó el mercurio en una ú otra forma durante dos años, y en la mayor parte de este tiempo no se presentaron síntomas. Dos años después de haber dejado de medicarse presentóseme muy alarmado por aquejar una erupción que apareció repentinamente. Teníala en un lado del pecho y en la espalda, y consistía en manchas irregulares de un eritema oscuro, cuyo tamaño variaba desde el de media peseta al de una moneda de dos; pero pocas eran del todo redondas, y los bordes no se marcaban bien.

Recuerdo varios ejemplos de esta erupción que en otro tiempo me preocupó mucho, sobre todo en el caso de una jo-

ven que se curaba de una iritis que creí artrítica y no sifilítica. Parecía una señora muy respetable, pero era bonita y soltera. En su pecho y en el tronco presentaba una erupción numular de color pardusco, escamosa, y todos cuantos la vieron juzgaronla sifilítica, aunque nada corroboraba la sospecha, como no fuese la iritis, por lo cual pareció lo más conveniente prescribirle el mercurio. La erupción se limitó al tronco sin sufrir cambios, y no cedió en nada por el específico; hasta que al fin la señora, habiendo sabido lo que sospechábamos, rogó que se la examinara de modo que quedase bien aclarado el caso. El resultado de este examen me convenció de que no tenía ninguna señal de sífilis, excepto la erupción misma. Yo creo que esta última desapareció al fin, aunque persistiendo algunos meses. No recuerdo si se fijó la atención en la ropa interior. El hecho ocurrió muchos años hace, antes que yo conociese tan bien como ahora la importancia de este último punto.

Otro caso más reciente, exactamente análogo en sus caracteres externos, se presentó en un caballero joven á quien yo curé la sífilis tres años antes.

COMENTARIO CXXV

Sobre ciertas erupciones en el tronco, debidas probablemente á la irritación que ocasionan las camisetitas de lana, y que pareciendo sifilides se toman á menudo por tales.

Visitó hace algunos años á un paciente que se había restablecido de la sífilis, y á quien di permiso para cohabitar con su esposa. Hízolo así, pero desgraciadamente se entregó á otras asociaciones, por lo cual seis meses más tarde se me presentó quejándose amargamente y diciendo que le había autorizado indebidamente. Aseguróme que no se hallaba bien, y que aun era origen de contagios. Preguntéle si habían reaparecido los síntomas y si su esposa se quejaba, á lo cual contestó negativamente, pero añadiendo que una señora, no su

mujer, había contraído el mal por conducto de él y estaba cubierta de una erupción de color cobrizo. Habiéndome asegurado, por informes que tomé, de que aquella señora no se había quejado nunca de ningún chanero primitivo y que el paciente estaba libre de ello, sin que su mujer hubiera experimentado la menor molestia, creí poder afirmar que la señora de quien me hablaba no había contraído la sífilis mediante él. Era probable que la señora en cuestión no la tuviera, ó que la hubiera obtenido por otras vías. Al cabo de algunas semanas dicha señora llegó á Londres para consultarme, habiéndose sometido al tratamiento del médico de la localidad, que le prescribió específicos durante un mes, sin que la erupción se aliviase. Vi que tenía el pecho, los hombros, los brazos y el tronco cubiertos de manchas numulares del tamaño de una pieza de dos pesetas, ligeramente escamosas, y limitadas á las regiones que la ropa interior cubría. Había comprado últimamente unas camisetas de lana más gruesas que las que usaba antes. No tenía la más pequeña mancha en las extremidades inferiores, en las manos ni en el rostro, ni tampoco la más ligera ulceración en la garganta, y conservábase en buena salud. Creo no haber visto una sífilide tan copiosa en el tronco como era aquel exantema, faltando del todo en las extremidades inferiores; y, por lo tanto, dije á mi paciente que no creía que su erupción se debiese al *envenenamiento de la sangre*. Aconsejé que dejase toda medicación y usara camisetas de seda, haciéndose alguna ligera untura calmante. A los quince días la erupción había desaparecido casi del todo.

El rápido restablecimiento en este caso, juntamente con el hecho de que la individua no había tenido otras manifestaciones de sífilis, nos autoriza, en mi concepto, á dar por seguro que la erupción no era específica. Sin duda fué ocasionada por la irritación que la camiseta produjo.

Otro caso, casi del todo semejante al primero, fué el de un paciente que se sometió á mi tratamiento, y á quien antes visitaba el doctor Martin. Después de medicarse largo tiempo, restablecióse de un ataque de sífilis al que no precedió chanero alguno. Había tenido sífilides, y en la garganta se habían presentado algunas úlceras. Tomó mucho mercurio, y estuvo

bien todo un año; pero entonces sobrevino otra erupción. Era simétrica, muy mal definida; pero los caracteres principales asemejábanse á los de los casos precedentes. No acompañaban otros síntomas de sífilis. Traté, en lo posible, de llegar á una conclusión; mas no podía estar seguro de alcanzarlo, y al cabo de algunas semanas de probar algunas sencillas medidas con resultado negativo, aconsejamos al paciente que tomase otra vez el mercurio. Con ese tratamiento las manchas desaparecieron. Debe advertirse, sin embargo, que esto no prueba que fueran verdaderamente específicas.

En otro caso, en una joven casada, volví á ver esta erupción particular, muy enojosa para la paciente, porque tenía el cutis en extremo fino, era hermosísima y frecuentaba mucho la sociedad. Una erupción de manchas parduscas, ligeramente furfuráceas y numulares, era una cosa intolerable para la dama, que no se sentía enferma en lo más mínimo. La erupción se limitaba á dichas partes, sin extenderse al cuello, al rostro ó los miembros. Examiné con el microscopio, mas no pude hallar ningún hongo, ni tampoco había otros síntomas que pudiesen indicar la existencia de la sífilis. A cada visita la dama me acosaba á preguntas sobre qué erupción era aquella, cuál sería su causa y cuándo desaparecería; pero hube de confesar que no me era posible responder con seguridad. Después de venir á verme tres ó cuatro veces, la paciente no volvió á presentarse, y supuse que había ido á buscar otro médico. Dos años después, sin embargo, volvió á consultarme sobre otra dolencia, y entonces me dijo que después de su última visita la erupción comenzó á ceder, desapareciendo al fin rápidamente. Su piel se conservó después del todo tersa, y la salud era perfecta. Le aconsejé varios remedios no específicos, como los baños sulfurosos, las lociones de alquitrán y el arsénico. A estos dos últimos se debió la curación. También le había aconsejado que usase camisetas de seda.

Un joven médico, M. K., de veinticuatro años de edad, se me presentó en marzo de 1885 para consultarme sobre una erupción que él creía sifilítica. Parecía casi imposible que hubiese padecido sífilis, pues no tuvo nunca chancre alguno, ni se había expuesto al riesgo hacía uno ó dos años. La erupción

se limitaba á las partes que estaban en contacto con su camiseta interior, y había usado dos ó tres días una de lana muy suave, á la cual no estaba acostumbrado. Hacía mucho frío y había dormido con ella. No se manifestó ninguna irritación perceptible, y la erupción misma no ocasionaba prurito, aunque era muy copiosa, sobre todo en el pecho y el abdomen, consistiendo en manchas eritematosas mal definidas. Algunas eran muy oscuras en su centro, y la disposición simétrica. La temperatura del paciente se mantenía normal, y no había erupción en el rostro. Podría inferirse que tal vez la camiseta localizó una erupción de sarampión, que, á no ser por esto, tal vez no habría aparecido.

Diez días después de haber usado camiseta de seda, sin haber tomado ningún medicamento, la erupción desapareció.

COMENTARIO CXXVI

Erupción eritematosa en un paciente que padeció sífilis cuatro años antes: psoriasis palmar sobrevenido al mismo tiempo: inutilidad del mercurio contra la erupción.

Un caballero llamado T., de treinta y nueve años, se sometió á mis cuidados, en junio de 1885, para curarse un psoriasis serpiginoso de la palma de la mano izquierda, cuatro años después de los accidentes primarios. Le aconsejé que tomara mercurio hasta presentarse un ligero ptialismo, y no volví á verle hasta el 17 de noviembre, en cuyo día me visitó para consultarme sobre una erupción general, localizada principalmente en las nalgas y en las ingles, habiendo aparecido antes algunas manchas en la parte superior de los brazos. Era un eritema escamoso con manchas numulares, algunas de las cuales tendían á la forma anular. El paciente usaba camisetas de lana de diversos géneros, y la que tocaba su piel era la misma que había llevado todo el verano; pero después se puso otras encima que le hacían sudar, según dijo. Contra la idea de que la erupción fuese de naturaleza específica directa, te-

nemos el hecho de que dicho individuo había tomado bicloruro durante todo el verano, y de que con su uso desapareció casi el psoriasis palmar. En prueba de la irritabilidad de sus membranas podría decir que tenía una ligera granulación en los labios y mejillas, y que, si bien no fumaba, veíanse en los lados de la lengua algunas ligeras úlceras.

COMENTARIO CXXVII

Eritema escamoso que tomó la forma anular: sífilis posible cuatro años antes, con precedentes de otra erupción semejante, pero más ligera.

Un caballero llamado G., de treinta y tres años, se me presentó á consulta en noviembre de 1885. Había tenido un chancro blando cuatro años antes, sin ningún otro síntoma, y disfrutó de buena salud desde entonces; pero dos años después se manifestó una erupción muy semejante á la que entonces aquejaba. El médico á quien consultó le recetó una loción que hizo desaparecer la erupción al cabo de tres semanas; pero otras tres antes de verme á mí experimentó una recidiva, comenzando entonces el ataque sobre el cual me consultaba. Las manchas estaban localizadas en los brazos, en los hombros, en la parte superior del pecho, en las ingles y en la región superior de los músculos. Algunas parecían revestir la forma anular y se descamaban en el centro, presentando los bordes algo elevados; pero otras, mucho menos marcadas, consistían en una mancha eritematosa cuyo tamaño variaba desde el tamaño de una moneda de diez céntimos á una de dos, observándose que la epidermis se descamaba en el centro. La erupción era simétrica, y los órganos atacados los que estaban en contacto con la camiseta interior; pero debe advertirse que la mayor parte del tronco estaba indemne. La camiseta era blanca y de un tejido muy blando, por lo cual el paciente no creía que hubiese producido irritación; pero era un hecho que la erupción se manifestó después de cambiar la camiseta de verano

por la que entonces llevaba. El Sr. G. se proponía casarse, y estaba, por lo tanto, muy inquieto por la erupción, pues habíale dicho que era sospechosa. Yo le aseguré que probablemente se debía sólo á la irritación producida por la ropa interior; pero, así como en otros muchos casos, su color oscuro, la disposición simétrica y la tendencia á tomar la forma anular eran caracteres muy sospechosos.

Por el tratamiento con los alcalinos y el uso de camisetitas de seda, la erupción desapareció rápidamente.

COMENTARIO CXXVIII

Sobre las erupciones eritematosas simétricas después de un largo tratamiento mercurial

El doctor F., de constitución recia, tuvo un chancro después de haber operado en un parto en diciembre de 1883, y fué seguido de una erupción papulosa con úlceras en la garganta. No usó tratamiento alguno hasta presentarse estos síntomas. Entonces tomó el polvo gris: sesenta centigramos al día, friccionándose, al par, con cuatro gramos de ungüento mercurial. A los seis meses después de manifestarse el chancro, afectáronse las uñas, por lo cual se aumentó la cantidad de mercurio. No se presentó el ptialismo, ni le molestó en lo más mínimo el medicamento; y como era hombre de compleción vigorosa y de robusta salud, resistió su influencia de un modo inusitado. Todos los síntomas desaparecieron por completo, y diez meses después de comenzar á medicarse dejó los remedios, pues gozaba de excelente salud. Tres semanas más tarde manifestáronse unas manchas oscuras y simétricas en los brazos: era sólo un eritema y sufría varios cambios. Si se frotaba la piel, casi desaparecía, y en algunos sitios formábanse anillos oscuros.

He conocido muchos casos del todo semejantes y visto que la erupción es muy peculiar: rara vez va acompañada de otros síntomas constitucionales, y por lo regular se manifies-

ta algunas semanas después de haberse suspendido el uso del mercurio, sobre todo en aquellas personas que lo resisten bien.

La circunstancia de que la erupción era más visible cuando la piel se enfriaba súbitamente, ora al saltar el individuo de la cama, ora, sobre todo, al tomar un baño frío, llamó la atención del mismo paciente. La erupción toma con frecuencia la forma anillada, y siempre es más abundante en los brazos; pero á menudo afecta también al tronco, y muchas veces es muy ligera. A menudo se repite en largos períodos; y cuando sucede así, rara vez ó nunca es precursora de alguna cosa peor. Si se administra el mercurio, por lo regular desaparece rápidamente.

COMENTARIO CXXIX

Otros ejemplos de erupciones eritematosas repetidas después de un largo tratamiento mercurial

Mr. K., de veintitrés años, tenía, en febrero de 1879, un chancro supurante, de base indurada, que se presentó seis semanas después del contagio. Se comenzó con el mercurio á ligeras dosis, y el 16 de abril apareció una pequeña mancha á un lado del paladar del paciente. Se prosiguió con el mercurio casi de continuo desde febrero á noviembre, y en ese tiempo no se manifestó la menor erupción en la piel, por lo cual Mr. K. volvió á su casa de Alemania y le autoricé para suspender el tratamiento. A principios de febrero siguiente manifestóse una erupción muy copiosa, pero benigna, y que afectó principalmente los muslos y el abdomen. Supúsose al principio que era fiebre escarlatina; pero persistió nueve meses ó más, siendo, sobre todo, visible después de tomar el paciente un baño frío ó tibio. La salud era buena y no se presentaron más síntomas que un ligero reumatismo.

El Sr. A. tuvo el chancro en agosto de 1879, y yo le prescribí el mercurio desde fines de octubre por espacio de seis

meses ó más. Tuvo una abundante erupción papulosa en noviembre, que reapareció en julio de 1880, pocas semanas después de suspenderse el tratamiento; pero era muy benigna y pronto se curó.

COMENTARIO CXXX

Erupción muy particular que parecía sifilítica y se presentó con circunstancias sospechosas, pero que no se curó con el mercurio.

La señora H. se me presentó, en 5 de diciembre de 1884, para curarse de una erupción. Hacía cuatro meses que se había casado, y probablemente estaba en cinta. Dijéronme que trataba de divorciarse y que padecía un «envenenamiento de la sangre». La erupción invadía el tronco y los miembros, y la señora me aseguró que le apareció dos meses después de casarse. Consistía en manchas oscuras ligeramente escamosas; y, según apunté entonces en mis notas, «no se podía distinguir de una sifilide». Sin embargo, mediaban algunos hechos que me hacían dudar: primeramente, no hubo chancro primitivo, ni infarto glandular, ni úlcera alguna en la garganta; y, por otra parte la paciente manifestó que cuatro años antes padeció una erupción como la presente, que duró algunos meses, aunque su madre aseguraba que las dos eran muy distintas.

Quince días después supe que el doctor E. había tratado la primera erupción, considerándola como un psoriasis; y aunque me pareció mejor tratar la erupción por específicos, no estaba seguro y me negué á emitir una opinión terminante.

A los quince días la erupción no había disminuído por efecto del mercurio: invadía ahora el pecho, el abdomen, la región superior de los brazos, los muslos y las piernas, y componíase de costras de color cobrizo que se descamaban en la superficie, presentando, algunas de ellas, ligeras acumulaciones escamosas.

Yo creo que, de cien médicos, noventa y nueve las hubieran considerado sifilíticas, según apunté en mis notas.

Como no se adelantaba nada con el uso interno del mercurio, aconsejé las unciones, cuya administración estuvo al cuidado del doctor O., que procuró obtener un ligero ptialismo.

Aun no llegó con esto á quedar resuelta nuestra dificultad: con el mercurio la erupción desaparecía en las piernas, pero no en el tronco. La paciente se conservaba bien de salud y sin placa alguna en la garganta.

Yo había pensado, en un principio, que la erupción era sifilítica; pero después de emplearse las unciones sin resultado, me asaltaron muchas dudas. A principios de febrero de 1885 resolvimos renunciar al tratamiento: la señora estaba embarazada de tres meses y quedó al cuidado del doctor O.

En junio de 1886 supe que la señora H. había estado algún tiempo al cuidado del doctor D., que su erupción había sido diagnosticada reservadamente de sifilítica, y que no se adelantó nada con el tratamiento específico. Hallábase limitada entonces completamente al dorso y al pecho.

Más tarde me dijo el doctor D. que la erupción no había estado nunca del todo bien. Al principio administró el ioduro de potasio á dosis crecientes, hasta dos gramos, tres veces al día, sin obtener resultado, como tampoco con el arsénico.

El niño de la señora H. había nacido en agosto de 1885; y tres días después, cuando tomaba el pecho, su cuerpo se cubrió de una erupción de manchitas rubicundas, la cual desapareció á los catorce días por la aplicación del ungüento mercurial, sin reproducirse después de ningún modo. El niño estaba muy sano, tenía ya cuatro dientes, y no presentaba la menor señal de sífilis. De este modo el diagnóstico respecto á la madre y al hijo quedó en duda.

COMENTARIO CXXXI

Erupción papulosa semejante á una sifilide, debida probablemente al uso de una camiseta nueva

Las siguientes notas son del 11 de febrero 1886. El señor R., á quien visité hace algunas semanas, con motivo de aquejar una dispepsia, se me presenta hoy con una erupción papulo-eritematosa que le molesta desde hace una semana, y para la cual le han recetado en la hipótesis de que es sifilítica. El médico á quien consultó le dijo que «no podía ser otra cosa;» pero no había tenido ningún chancre, y aseguróme que hacía seis meses se abstenía de todo contacto.

La erupción consiste en pápulas desde el tamaño de un perdigón al de una pieza de diez céntimos. Tienen un color rojo cobrizo, asemejándose á una sifilide; y cubren el abdomen, el pecho, el dorso, las regiones superior de los muslos y la de los brazos, sin haber ninguna en la cara ni en las piernas; de modo que las únicas partes afectadas son las que están cubiertas por la camiseta interior. Examiné el pene, las ingles y la garganta, sin hallar ningún vestigio de sífilis.

El Sr. R. me dice que ahora usa una camiseta nueva de lana blanca que nunca se ha lavado, y que se la puso cosa de una semana antes de aparecer la erupción, pero que no había dormido con ella. No le falta salud; tiene la lengua del todo limpia y duerme bien. Padeció una blenorragia hace algún tiempo, pero jamás tuvo sífilis, ni ha tomado nunca copaiba. Aconsejé al Sr. R. que dejara el ioduro que se le había prescrito y que se pusiera una camiseta de seda. Con esto se alivió del todo, y no quedó duda sobre la causa de la erupción.

COMENTARIO CXXXII

Erupción simétrica (pitiriasis numular) algunos años después de la sífilis, y que duró dos años á pesar del tratamiento (probablemente no sifilitica).

El caso del Sr. O., médico que goza de excelente salud, que se casó hace dos años y tiene un niño muy sano, no deja de ofrecer algún interés. De treinta y siete años de edad, es probable que padeciera sífilis diez y siete años antes; pero en aquella época no tuvo síntomas secundarios, como no fuera un psoriasis palmar. Tomó mercurio durante algunos meses, restablecióse y no quedaron vestigios. Hace dos años le ha molestado una especie de pitiriasis numular, del todo simétrico, que comenzó en los antebrazos después de haber estado muchas horas expuesto al sol. Muy pronto aparecieron manchas en los brazos sobre los deltoides, y luego en las regiones externas de los muslós, cerca de los grandes trocánteres. A pesar de una buena cantidad de ioduro de potasio, la erupción ha persistido con muy poco cambio durante dos años. Las manchas no son prominentes, tienen los bordes de color amarillo pardusco, y son furfuráceas en ligero grado. Aunque las llamo *numulares*, no todas son redondas, y pocas hay exactamente así. En los codos hay grupos de pápulas rojizas, cuyo carácter difiere mucho del de las demás de la erupción, y que indican la existencia de psoriasis. Dije al Sr. O. que en mi concepto nada tenía que ver su erupción con la sífilis, y que yo la consideraba más bien como una forma peculiar de psoriasis, por lo cual le aconsejé que tomara arsénico; y habiéndolo hecho, desaparecieron las manchas del tronco.

CAPITULO IX

Comentarios y casos que ilustran el tratamiento y el pronóstico

COMENTARIO CXXXIII

Caso de sífilis muy grave en que el paciente saliveó con abundancia en el primer periodo: fuerte y tenaz ulceración de la garganta y de la lengua: curación, después de muchas recidivas, por el uso de altas dosis de ioduro.

Describiré con algunos detalles el caso de un paciente cuyo tratamiento me dió mucho que hacer, y con el cual creo que podemos aprender algo, pues se trata de una forma de sífilis que presenta á menudo muchas dificultades: me refiero á la ulceración fagedénica recidivante de la boca. El paciente á quien aludo me fué presentado por mi colega Mr. Whecleer, y estuvo algún tiempo á nuestro común cuidado; pero después manifestó deseos de ir á un hospital, y se le admitió en el de Londres. Citaré ahora los hechos. El Sr. D. era hombre de aspecto delicado y buena complexión, todo lo contrario de otro paciente en quien análogas condiciones fueron seguidas

de semejantes dificultades en el tratamiento. Había contraído un chancro en diciembre de 1874, y al mes siguiente tuvo una copiosa erupción, acompañada de tal debilidad que se vió obligado á guardar cama. Permaneció en ella algunas semanas, y se le formaron úlceras en la garganta. Ignoro cuál era el tratamiento entonces, pero creo que tomaba mercurio. En marzo llegó á Londres con el rostro cubierto de una erupción rupoide ulcerada, y confiése al cuidado de un conocido homeópata. Se le prescribió el mercurio en abundancia, y con esto profundizaron aun más las úlceras de la cara.

En julio le visitó por primera vez el doctor Whecleer, á causa de haberse presentado una abundante hemorragia en una úlcera de la garganta. Dicho doctor me anunció que se habían perdido tres libras de sangre, y que el enfermo quedó lívido, sin pulso, y al parecer moribundo. (Este no es el primer caso en que he visto una hemorragia peligrosa ocasionada por úlceras sifilíticas de la garganta.) Contenida la pérdida de sangre, el doctor Whecleer se fijó en los demás síntomas, y vió que, además de las ulceraciones que cubrían el rostro y el cráneo, había otras úlceras en la garganta y la boca; que todos los dientes estaban movedizos y que la salivación era abundante. Le prescribió el ioduro de potasio á la dosis de de sesenta centigramos, aumentándose después hasta dos gramos, con excelentes resultados. Las más de las úlceras de la piel se curaron, y el paciente pudo tragar bastante bien. Poco después comenzó á tomar el medicamento con irregularidad, y en octubre volvió á presentarse al doctor Whecleer con la boca muy ulcerada y el aliento sumamente fétido. Contra esto se prescribió el ioduro á la dosis de sesenta centigramos, con veinte gotas de bicloruro (licor de Van Swieten), pero no produjo efecto alguno, y las encías se hicieron más esponjosas, por lo cual se recetó la zarzaparrilla y el ácido nítrico, y después el ioduro con la genciana. Por último, como la boca no mejoraba, me lo recomendaron en enero de 1886. Encontré la cavidad bucal en un estado deplorable: todos los dientes estaban movedizos; los gomos ulcerados; en el paladar y la faringe varias extensas é irregulares ulceraciones de bor-

des elevados y secreción pultácea. Opiné que se debía atacar la enfermedad, local y constitucionalmente, prescribiendo grandes dosis de ioduro y cauterizando todas las úlceras con el nitrato ácido. Parecía inútil pensar en el mercurio, porque los dientes se mostraban á punto de caer y el enfermo estaba convencido de que las más pequeñas dosis de este medicamento le perjudicaban. Vemos que la enfermedad había resistido al ioduro dado á dosis muy regulares.

Aunque el tratamiento adoptado produjo alivio por algún tiempo, no tuvo buen éxito en el conjunto. El Sr. D. era muy buen paciente, pero se resentía del empleo continuo de los cáusticos á causa del dolor que le ocasionaban. En 6 de abril escribí la siguiente nota: «Aunque las úlceras de la boca son aún en bastante número y presentan poca tendencia á la curación, están mucho mejor que antes.» Poco después se formó una úlcera profunda en la lengua, y el paciente estaba muy flaco, habiéndosele prescrito el ioduro hasta la dosis de dos gramos. Pareciéndome posible que este medicamento ocasionara la demacración y debilidad, hablé de dejarlo, indicando al enfermo que tal vez convendría hacer un viaje por mar; pero como esto no era practicable, solicitó pasar al Hospital. Aquí se empleó el nitrato ácido con frecuencia y con buenos resultados, aunque imperfectos. Se administró otra vez el ioduro á alta dosis, y en varias ocasiones pareció que las úlceras se curarían al fin; pero hubo recidivas, y yo insistí en que el paciente probase el aire del mar, pues casi invariablemente he observado que esto produce alivio en las úlceras sífilíticas. No sucedió así con el Sr. D.: fué á Margate, y allí estuvo algunas semanas tomando el ioduro á dosis moderadas; pero empeoraba cada día. Al cabo de un mes se le admitió otra vez en el Hospital, y entonces presentaba úlceras muy grandes y de mal carácter. Algunos de sus dientes habían caído ya, y también varias porciones de los alveolos. Entonces se empleó de nuevo el ácido cáustico y el ioduro en mayores dosis, aumentándolas hasta 4 gramos, que el paciente tomaba en tres ó cuatro veces al día. El resultado fué el restablecimiento completo. En mis notas de agosto de 1878 consigné lo siguiente: «El Sr. D. ha estado trece semanas en el Hos-

pital, y al fin se ha curado de la boca, que estaba muy ulcerada. El ioduro á la dosis de 4 gramos, tomados en cuatro veces al día, ha efectuado la curación, habiéndose comenzado á prescribirlas pequeñas. Este medicamento no repugnaba al paciente: producía en él debilidad.» Ciertamente que perdió muchos dientes y tenía una mejilla contraída por una cicatriz, de modo que el paciente no podía abrir bien la boca; pero todas las úlceras se curaron y las encías también. Se verá que estuvo á mi cargo más ó menos continuamente por espacio de diez meses, y que antes había tomado específicos durante un año. Es cosa inusitada que se necesite tan largo tratamiento, pues por lo regular puede lograrse la curación de las úlceras fagedénicas de la boca por medio de una ó dos cauterizaciones si se prescribe el ioduro á la vez, y es raro que se deba administrar dosis de más de uno ó dos gramos. He creído conveniente citar este caso por la enseñanza que nos da respecto á la eficacia de emplear mayores dosis cuando sólo se obtienen resultados parciales con las ordinarias, aunque la curación final debe atribuirse á la vez al ioduro y al cáustico. Este último fué aplicado con mucha perseverancia por M. Buckland, y siempre produjo evidente mejoría. Según he indicado ya, una sola cauterización es á menudo suficiente para curar tales úlceras; pero no lo fué en este caso, pues abriéndose de nuevo, repetidas veces, úlceras cuya curación parecía próxima, sin conocerse la causa. Era evidente que el aire del mar no había sido provechoso, mas no por eso podríamos considerarlo nulo en otros casos de naturaleza analoga, pues he observado muchas veces que los remedios que no dieron resultado en otras partes produjeron muy buen efecto con la influencia de dicho agente. Tal vez si hubiéramos podido practicar el tratamiento de cauterización en las inmediaciones del mar, prosiguiendo con el ioduro, se habría conseguido más pronto la curación. Una de las ventajas del aire del mar es que ayuda al paciente á resistir el efecto deprimente de las dosis macizas de ioduro, sin perjudicarle en nada. Si buscamos la razón de que el Sr. D. sufriera mucho más de lo acostumbrado, creo que deberíamos contestar que fué con motivo de una idiosincracia tocante á la sífilis y al mercurio. Desde el principio del caso,

los síntomas secundarios se manifestaron con excepcional rigor. El paciente se debilitó tanto, que hubo de guardar cama; y cuando la erupción apareció en la cara, tomó desde luego la forma rupioide ó ulcerativa. Es probable que el mercurio que entonces tomó agravara los síntomas, y sin duda debió tomar sólo las más pequeñas dosis. Al administrar este medicamento en los primeros períodos de la sífilis, se debe tener mucho cuidado, á menos que el paciente sea robusto, para evitar hasta la más ligera salivación. Los individuos de color moreno resisten mejor; y si son rubios y delicados, como el paciente del caso de que hablamos, se ha de proceder con mucha precaución.

Cuando se forman úlceras malignas en la boca después del ptialismo, casi debemos prescindir del uso del mercurio; pues aunque cure el elemento sifilítico y puede ser bueno para las úlceras cutáneas, también por su especial influencia para ocasionar estomatitis, puede agravar las úlceras en dicha parte. Un médico amigo mío, que estuvo á mi cuidado algún tiempo para curarse una sífilis manifestada después de un chancro en el dedo, fué un buen ejemplo de lo que digo. Tuvo algunos ligeros síntomas, y entre ellos úlceras de bordes blancos en el velo y los pilares de las fauces. Yo deseaba darle más mercurio, pero me aseguró que esto empeoraría las úlceras de la garganta; y para convencerme tuvo la bondad de probarlo dos veces, convenciéndome, en una y otra ocasión, de que las úlceras se inflamaban y agrandaban después de algunas dosis. En este caso vimos, como en otros muchos, los buenos resultados del tratamiento local con el nitrato de ácido de mercurio solo.

El tratamiento de la sífilis, en algunas de sus fases, es muy complicado, y debemos estar dispuestos á veces á esperar buen resultado con un remedio que en la mayoría de casos análogos sería casi con seguridad inconveniente.

P. S. Debo añadir, respecto á este caso, que el Sr. D., que estaba bien localmente la última vez que lo vi y gozaba de bastante salud, sufrió después una recidiva de los síntomas y murió en el Canadá, á donde había ido hacía algún tiempo. No conozco más detalles sino que la boca se le ulceró mucho otra vez.

COMENTARIO CXXXIV

Sobre las unciones mercuriales según se practican en Aquisgrán

La siguiente nota fué escrita para mí por un médico que había estado sometido en dicho punto al tratamiento expresado.

«Muchos pacientes acuden á Aquisgrán para someterse á un curso de unciones mercuriales, sin más razón que la supuesta dificultad de practicar el tratamiento en casa. Las siguientes instrucciones bastarán para evitar graves inconvenientes durante dicho curso.

»El paciente debe acostarse temprano y permanecer en cama cuanto sea posible por la mañana.

»Si el tiempo es frío debe haber fuego en el dormitorio.

»La unción se ha de practicar por la noche. El paciente se echará desnudo en la cama, poniéndose debajo de él una manta ó paño para evitar que se manchen las sábanas.

»El ungüento, que el farmacéutico debe dividir en los cartones prescritos para el uso durante la noche, se debe extender sobre el pecho y abdomen, haciendo las frotaciones con las manos desnudas en la mayor extensión que se pueda alcanzar convenientemente con ellas, empleándose en la operación de quince á veinticinco minutos. Se tendrá un reloj á la vista para medir el tiempo (1). Después de las unciones, el paciente se pondrá una camiseta de lana fina y unos calzoncillos, que habrá de tener puestos toda la noche para no manchar las ropas de la cama; pero antes de esto se lavará bien las manos. La untura desaparece fácilmente con jabón y agua fría, y más aún con agua caliente.

»Por la mañana el paciente puede lavarse el cuerpo con agua tibia y jabón, y no hay inconveniente en que use, durante una semana, la ropa de noche, poniéndose, durante el

(1) El ungüento platea todos los objetos de oro que toque.

día, la que no está manchada. En Aquisgrán se administran las unciones por un practicante, pero no es necesario.»

COMENTARIO CXXXV

Virtudes del iodoformo

La introducción del iodoformo nos ha proporcionado un agente de gran valor para el tratamiento de la sífilis. Creo que el doctor Berkeleyy fué quien principalmente le recomendó, sobre todo en la práctica inglesa. Su eficacia, tratándose de todas las formas de úlceras supurativas debidas al veneno venéreo, es tan considerable, que podemos esperar que el chancre no infectante será de cada año más raro, pareciendo que en dicho caso produce el iodoformo el más rápido efecto.

Bien sea ó no indurado el chancre, si hay ulceración y supuración, el iodoformo pondrá siempre término á una cosa y otra. La gran mayoría de los que llamamos *chancros blandos* se curan bajo la influencia del iodoformo en una brevedad de tiempo que admira. Sin embargo, probablemente no tiene virtud especial tratándose del virus sífilítico propiamente dicho, pues no sé que nunca haya tenido particular eficacia en las sífilides del período secundario; pero tratándose de los accidentes terciarios y de la afección lupoides local de la piel, la fuerza del iodoformo es también notable. En la época en que se comenzó á usar, tenía yo á mi cuidado, en el Hospital de Londres, un paciente en quien una ulceración serpiginosa había atacado una ingle y la parte superior del muslo, años después de padecer de sífilis. Hacía ya seis meses que me estaba confiado y no me era posible conseguir la curación. La ulceración dejaba, á veces, de propagarse, y la mayor parte de la úlcera se había cicatrizado; pero cuando creíamos la victoria segura, ocurría una recidiva y la úlcera comenzaba de nuevo á extenderse. Habíase hecho uso del ácido nítrico, y se obligó al paciente á permanecer quince días en un baño de asiento, enviándole después á pasar seis semanas á la orilla

del mar, sin que se consiguiera la curación. De los ioduros y mercuriales habíase hecho mucho uso; pero la ulceración persistía, siendo una forma ligera de fagedenismo superficial. Con el empleo del iodoformo, en polvo y pomada, se curó la úlcera más rebelde que jamás se ha conocido, al cabo de quince días, y ya no se abrió nunca más. Hacia la misma época, es decir, poco después de haberse introducido el iodoformo, confiése á mi cuidado un caballero que tenía en el cuello una extensa placa de lupus sifilítico. Habíale molestado esto algunos años, y presentaba una enorme cicatriz que marcaba bien el trecho recorrido por el mal. El paciente tomó ioduro de potasio en cantidades enormes y de continuo durante muchos años. Le receté la pomada de iodoformo, y, con gran contentamiento, á las pocas semanas se encontró bien. Desde entonces he usado este medicamento en muchos casos de lupus sifilítico, es decir, en la ulceración serpiginosa sifilítica terciaria. Si la placa está ulcerada se cura rápidamente; pero en las regiones donde la piel no está abierta, tiene mucha menos eficacia.

En muchos casos es conveniente comenzar por el uso del nitrato ácido de mercurio como cáustico; pero si se desea evitar el dolor que produce y el paciente se aviene á sufrir el olor del iodoformo, puede esperar confiadamente la curación con el mismo. Yo no suelo emplearle sin ayuda del tratamiento interno, pero estoy seguro que en muchos casos es más eficaz que éste, sea cual fuere. A menudo tiene mucha importancia librar al paciente de la necesidad de tomar el ioduro ó el mercurio, y con frecuencia se consigue esto por el uso del iodoformo. Cuando no cura, suele ser porque el paciente no puede usar bastante este medicamento á causa de su olor.

En todas las formas de acción fagedénica se debe probar siempre primero el iodoformo; pues no sólo es lo menos doloroso, sino que con mucha frecuencia cura mejor que cualquier otro medicamento aquella forma de inflamación.

He conocido algunos casos en que, sin ninguna causa aparente, un chancro primitivo de aspecto maligno no logró detenerse con el iodoformo. En cierto paciente conservó su fondo gris, faltando del todo las granulaciones á pesar del empleo de iodoformo durante algunas semanas y de una cau-

terización con el nitrato ácido. El paciente era un hombre de más que mediana edad, que había padecido sífilis muchos años antes y que presentaba un nuevo chancro cuando yo le curé.

En las úlceras sifilíticas terciarias de la sífilis hereditaria, el uso del iodoformo es con frecuencia rápidamente eficaz.

Se han recomendado diversas sustancias como útiles para disimular el muy desagradable olor de esa droga, olor que descubre la enfermedad. Yo no he encontrado cosa mejor que lo que llaman *aceite de salud*, que es una especie de trementina: dos gramos de este aceite por treinta de una pomada que contenga la misma cantidad de iodoformo ó el doble, bastará para disminuir y modificar el olor sin alterar en nada la eficacia del medicamento. El que los farmacéuticos llaman *iodoformo odoratum* se mezcla con una esencia; pero cuando el perfume de ésta se desvanece, revélase el olor de la sustancia.

(Mientras están componiendo en la imprenta estas páginas, me ha llamado la atención el doctor Martindale sobre las ventajas del iodol, preparado sin olor, y que, según mi experiencia, es tan eficaz como el iodoformo para los chancros sifilíticos supurantes.)

COMENTARIO CXXXVI

Curación del lupus sifilítico por el solo tratamiento local

En el caso de Mr. E. S. tenemos un ejemplo tan curioso como concluyente para demostrar el valor del tratamiento local en la curación del lupus sifilítico. Dicho caballero presentaba grandes cicatrices en la cabeza por efecto de varias ulceraciones sifilíticas. Gozaba de excelente salud, y hacía treinta años que había padecido los accidentes primarios. Cuando vino á verme tenía una placa irregular y oscura de lupus en la frente, en la parte derecha, que era donde más le tocaba el sombrero. Le traté algún tiempo con ioduro y mercurio, pero no creo que tomase estos medicamentos con mucha regularidad,

pues él era también médico, y parecía muy difícil convencerle de que su mal fuera sifilítico. Por último, como no mejoraba, le aconsejé la cauterización con el nitrato ácido, aunque no tenía la parte ulcerada. Apliqué aquél, y el resultado fué formarse una gran cicatriz blanca. Cinco años después se me presentó de nuevo aquejando un carcinoma del recto. La cicatriz del lupus, de color blanquecino, se marcaba más que antes, sin haberse observado nunca la menor tendencia á reproducirse el mal en los bordes; lo cual es, en mi concepto, una prueba de la naturaleza sifilítica de esa erupción. Rara vez he visto un simple lupus curado del todo y de una manera permanente por una sola cauterización. Aunque el señor S. pensaba no haber tenido nunca sífilis, su hijo mayor heredó la infección, y sus primeras úlceras fueron curadas con remedios específicos.

COMENTARIO CXXXVII

Sobre el uso y abuso de los ioduros

El ioduro de potasio es uno de esos remedios en que se observa realmente el hecho curioso de que en muchos individuos la dosis ejerce escasa ó ninguna diferencia en sus efectos. Cinco centigramos pueden producir el iodismo en algunos, mientras que cuatro gramos no lo ocasionarán en otros. He conocido un paciente, médico de profesion, que bajo su propia responsabilidad tomó hasta cuarenta y cinco gramos en veinticuatro horas durante muchos días seguidos, sin otro mal resultado que sentirse muy débil, sin poderse apenas mover de un lado á otro. Por otra parte he conocido varios enfermos que se curaron definitivamente las lesiones sifilíticas terciarias con dosis que, comenzando por dos centigramos, nunca pasaron de trece. Tal vez no haya droga alguna en que se marque más á menudo la influencia de la idiosincracia. Para algunos pacientes, aun las dosis más pequeñas son tóxicas; mientras que la gran mayoría las puede tomar considerables

impunemente. Los casos de intoxicación son raros ahora, y hasta estos últimos años nunca se reconocieron. Como la tolerancia es ahora la regla, ha resultado para el ioduro de potasio cierto descuido, en cuanto á las dosis, de que no se osa hablar tratándose de otros remedios. Muchos de los que recetan parecen creer que apenas es posible dar demasiado, y que el único error consiste en acortar la dosis. Aunque en ciertas afecciones es verdad que el aumento continuo de aquélla, hasta llegar á grandes cantidades, se hace necesario para obtener la curación, estoy seguro que el daño se hace por la manera de administrar la sal sin tasa, y que los más de los pacientes se beneficiarían con pequeñas dosis. Para muchas personas, aunque el ioduro no produzca erupción ni coriza, ni ocasione malos resultados, obra, no obstante, como un poderoso deprimente. Los que han estudiado más detenidamente sus efectos en el tratamiento del aneurisma, nos dicen que su eficacia en esta afección depende de su facultad de rebajar la presión de la sangre, y que, si se da más de la dosis suficiente, aumentan las pulsaciones y hace daño. El doctor Balfour y otros nos citan datos importantes sobre este punto. Dicho doctor asegura que sesenta centigramos suelen ser una dosis suficiente, y que no conviene pasar de noventa; pero en la práctica sífilítica, sobre todo en los desórdenes del sistema nervioso, vemos con frecuencia que se prescriben de uno á dos gramos y aun más. No puedo menos de creer que de este modo se hace mucho daño á los pacientes: por lo regular debilitase su energía, produciéndose entorpecimiento mental y abatimiento del espíritu; todo lo cual cesa á menudo, aunque no siempre, cuando se deja el medicamento. He conocido, sin embargo, bastantes casos en que los pacientes se creyeron perjudicados para siempre por el prolongado uso del ioduro, y en muchos he sospechado que esta era la verdad, aunque no dijese nada.

Se cree, en general, que el ioduro de sodio es menos deprimente que el de potasio, y hasta yo mismo tengo la costumbre de combinar ambas sales, dando con frecuencia también el ioduro de amonio. La adición de este último, bien sea en la forma de carbonato ó de sal amoníaco, se debe hacer siem-

pre, tal vez, cuando se prescriben los ioduros, puesto que parece aumentar la eficacia de estos últimos, disminuyendo á la vez sus perniciosos efectos. No sé que tenga algún inconveniente semejante adición, y yo la hago siempre en mi propia práctica, aunque estos últimos años he tomado la costumbre de usar el mercurio más que antes, y menos los ioduros; no porque desconfíe de la eficacia curativa de éstos, sino porque he reconocido que con el uso de muy pequeñas dosis de mercurio es posible curar las mismas afecciones evitando los efectos deprimientes. Pienso no seré el único que ha introducido este cambio en su práctica, y que al fin llegará á hacerse general. La preocupación contra el mercurio desaparece rápidamente, y así los enfermos como los médicos comienzan á reconocer que el ioduro, sobre todo á las dosis recomendadas ahora, no es tan inofensivo como se creía. No pocas veces el paciente dice á su médico que no le dé ioduro de potasio si lo puede evitar, porque le deprime y abate mucho. Los más de estos pacientes no son aquellos en quienes existe una idiosincracia especial, sino aquellos que han experimentado sus efectos en considerables dosis y en largos períodos. No dudo de las propiedades permanentemente curativas del ioduro en casos oportunos, aunque creo admisible que el riesgo de una recidiva es mayor después de la curación con el ioduro que con el mercurio. El punto esencial, sin embargo, es que, sea cual fuere el medicamento usado, se complete la curación local antes de abandonar la medicación. Si no se hace así, y si queda una porción de tejido inflamado aunque muy pequeño, como por ejemplo en una afección lupoide sífilítica, el desorden se reproducirá seguramente; si bien he conocido muchos ejemplos, así de lupus sífilítico de la piel como de afecciones del sistema nervioso, que fueron agresivas de continuo y como serpiginosas, y en las cuales la curación por el ioduro, una vez completa, resultó permanente, habiéndose demostrado el hecho por muchos años de observación.

COMENTARIO CXXXVIII

Casos de intoxicación por el ioduro de potasio

Las erupciones que se originan por el uso del ioduro de potasio son de carácter muy variable, y algunas de ellas asemejanse mucho, por su aspecto, á las sífilides, lo cual induce á error muy fácilmente, prosiguiéndose la medicación con esperanza de curar los síntomas que ella misma determina. Creo haber conocido más de un caso en que esta equivocación tuvo un resultado fatal; pues cuando la depresión por el ioduro llega á cierto punto y se continúa algún tiempo, la economía se restablece con dificultad, ó tal vez nunca, después de abandonarse el remedio. En el Hospital de Londres se observó un caso de esta especie hace algunos años. El paciente presentaba grandes tumefacciones tuberosas de la piel, que yo consideré como debidas, probablemente, al ioduro de potasio. Al informarnos en el establecimiento donde había estado antes durante un mes, se nos dijo que se le había tratado con ioduro, y que aquel individuo no presentaba ninguna erupción antes de tomarlo; y aunque nosotros evitamos este remedio, prescribiendo en su lugar algunos tónicos, el estado de depresión en el paciente era tal que no llegó á restablecerse, y murió á causa de su debilidad unos diez días después de su admisión.

Es un hecho curioso que estas erupciones de la piel aparezcan, en muchos casos, inmediatamente después de tomarse las primeras dosis, siendo á veces suficiente una sola para producir aquéllas. Esto puede suceder á cualquier edad, y en los jóvenes la erupción es á menudo muy grave. El doctor Mackenzie ha citado el caso de un niño que, gozando antes de buena salud, murió á consecuencia de una erupción equimótica después de tomar dos ó tres dosis, es decir, apenas algún gramo de la sal.

Una erupción de acné que se manifiesta primeramente en la cara y después en el dorso, es la más común de todas las

que el ioduro produce: puede ser vesiculosa, ó flictenosa, ó forunculoide, y hasta es posible que revista la forma tuberosa, tal como la vemos, con más frecuencia, después de usar el bromuro de potasio. Hablando en general, no conozco reglas para distinguir la erupción debida al ioduro de potasio de la que ocasiona el bromuro. La acción de las dos sales parece ser, por este concepto, muy análoga; y en ambos casos el uso del arsénico parece ser bastante eficaz para evitar la erupción.

COMENTARIO CXXXIX

Caso en que varios síntomas relacionados con la sífilis recidivaron durante muchos años: hemiopia con decaimiento: pleuresía seca, y recidiva del chancro primitivo doce años más tarde.

El caso que anoté en la siguiente historia, tiene considerable interés. El paciente, hombre algo delicado, se distinguía por su idiosincracia mercurial, y nunca podía resistir dicho agente largo tiempo, porque le repugnaba. La primera vez se le dió durante una semana ó dos; y aunque se le prescribía con frecuencia, nunca lo tomaba mucho tiempo. Resistía mejor el ioduro de potasio, pero deprimíale también. No dudo que sus dolencias, durante los años á que se extiende su historia, eran debidas verdaderamente á la sífilis. Consultó á muchos médicos, y comunicáronle diferentes opiniones; pero siempre se debía volver á los específicos para la curación. Debo advertir que aquejaba una orquitis crónica con hidrocele, primeramente de un testículo, y después del otro. Los dolores se repitieron, con quebrantamiento general y hemiopia, seguidos de un ataque de pleuresía seca. Aunque la curación se prolongó mucho, resultó al fin no ser completa; pero si se exceptúan algunos síntomas ligeros, el paciente ha disfrutado cinco ó seis años de muy buena salud. El caso no carece de importan-

cia respecto á los varios desórdenes debidos á la sífilis, y también interesa por la cuestión del pronóstico.

1871.—Sífilis contraída en 7 de febrero: chancro vaccinal.

Tratamiento comenzado en 5 de abril. Tomó el mercurio con irregularidad. Tuvo una ligera erupción y úlceras en la garganta.

1872.—Propensión á pequeñas pústulas en las cejas cuando tomaba algunas veces mercurio.

1873.—Erupción de herpes en el tronco y en el brazo izquierdo; síntomas sifilíticos sin definir. En abril hidrocele y algún dolor en el testículo. Tomaba ioduros.

1874.—Engrosamiento del epididimo. Mercurio con ligero ptialismo, tomando aún específicos, algunas veces, á causa de la induración testicular derecha. El testículo izquierdo se abultó nuevamente y se hizo doloroso. En junio cefaleas. Hemipia vertical en el lado derecho; pérdida de la memoria para muchas cosas. Se administra de nuevo el ioduro. Entorpecimiento de los miembros derechos.

1875.—En enero consulta con el doctor Wilks. Grave entorpecimiento de los labios, la lengua y la mano derecha. Nueva curación por el ioduro de potasio. El testículo izquierdo todavía infartado y doloroso.

1876.—En mayo dolores persistentes en el pecho. Visita del doctor Williams. Pleuresía crónica, probablemente sifilítica. Visita de los doctores Gee y Sutton.

1877.—Crepitación continua. Con el tratamiento iodurado, los testículos y la pleuresía se alivian algún tiempo.

1878.—El antiguo roce pleurítico reaparece; dolores en el pecho. Nueva curación por el mercurio y los ioduros.

1879.—Buena salud sin necesidad de tratamiento.

1880.—Lo mismo.

1881.—Lo mismo.

1882.—Lo mismo.

1883.—Lo mismo.

1884.—Lo mismo.

1885.—Durante algún tiempo se repite la hemipia vertical, quedando el paciente ciego del ojo derecho; pero se restablece pronto con el tratamiento.

1886.—Una de las cicatrices de la vacuna se ha hecho rubicunda y ulcerándose últimamente; pero se cura con el ungüento mercurial y el ioduro. El paciente disfruta ahora de buena salud, y hace años que está lo mismo.

La pleuresía seca de que hablamos se caracterizó principalmente por un roce áspero en un espacio como el de la mano extendida; duró algunos meses y fué acompañada de dolor, sin impedir al paciente desempeñar sus ocupaciones. He conocido esta forma de pleuresía en varios enfermos sífilíticos.

COMENTARIO CXL

Eficacia antidotaria del mercurio

Respecto á los resultados del tratamiento en general, creo poder asegurar con certeza que en ningún caso de estos últimos años he visto nunca desarrollarse una fuerte erupción en la piel después de comenzado el tratamiento mercurial que se recomienda. Es un hecho, pues, que el remedio tiene una virtud antidotaria, puesto que puede, no sólo combatir, sino evitar por mucho las más marcadas manifestaciones de la enfermedad. No puedo asegurar tan terminantemente sea lo mismo respecto á algunos otros síntomas de los últimos tiempos del período secundario. He visto la iritis y la neuro-retinitis presentarse algunas veces y con alguna gravedad en casos que fueron bien tratados, y en otros casos muy excepcionales he observado la lesión de las arterias cerebrales; pero en la gran mayoría de casos el tratamiento por pequeñas dosis de mercurio durante seis meses parece propio para obtener la curación permanente de los accidentes. No se sufren recidivas, y el paciente conserva después la mejor salud.

Podemos admitir que esta es una cuestión que debe quedar abierta al debate hasta que se acumulen más pruebas para determinar si la represión antidotaria del período secundario influye para impedir el desarrollo, después de un largo intervalo, de síntomas terciarios. Que no sucede siempre así,

es cosa harto probada. Sin embargo, no puedo menos de creer que tiene gran virtud en tal sentido, y que la disminución de los casos de rigurosos accidentes terciarios en nuestros días, se debe por mucho al tratamiento mejor regularizado. A menudo se observa que aquellos que sufren grandemente después de largos intervalos, tuvieron los primeros síntomas en extremo ligeros, por lo cual no se perseveró en el tratamiento ó se suprimió del todo.

Al proclamar la eficacia antidotaria del mercurio como un hecho en la historia de la sífilis, no ha sido mi ánimo sostener la superioridad respecto al modo especial de administrarlo á que antes me refería. No dudo que los partidarios de otros métodos, como por ejemplo el de unciones ó fumigaciones, pueden obtener igualmente tan buenos resultados. El punto esencial parece consistir en que el tratamiento se prolongue mucho, ó se repita á cortos intervalos, sin esperar los síntomas.

El método que yo patrocino es tan sólo uno de los más convenientes.

COMENTARIO CXLI

Sobre la tendencia de la sífilis á desarrollarse por ataques sucesivos

Es cuestión de cierto interés saber si la sífilis tiene alguna tendencia á desarrollarse, permítasenos decirlo así, por una serie de ondas sucesivas. Ciertamente que observamos períodos de ataques agudos y repentinos, á los que algunas veces siguen otros de completo reposo. Semejantes hechos se advierten especialmente durante el desarrollo de los síntomas secundarios; pero de vez en cuando ocurren en períodos mucho más tardíos en algún paciente que ha estado bueno algunos años, y en el que de improviso se declaran nuevos síntomas, no sólo en una, sino en varias partes del cuerpo y todos á la vez. Sin embargo, esto es mucho más raro que las repentinas recidivas

de síntomas observadas á menudo durante el primer año de la enfermedad. La falacia de nuestras observaciones en este punto es la misma con que tropezamos siempre en nuestras tentativas para estudiar la historia natural de la sífilis; y es que los síntomas pueden relacionarse con el uso intermitente de un tratamiento antidotario. Los peores casos de rupia que vemos suelen presentarse en estas condiciones, habiéndose curado el paciente de una primera erupción benigna, y sufriendo, al cabo de algunos meses, otra mucho más rigurosa.

COMENTARIO CXLII

Caso en que el mercurio, curando siempre por algún tiempo, no impidió rápidas recidivas

Se puede citar el siguiente caso para demostrar la dificultad con que á veces se tropieza para dominar de una manera permanente los síntomas de la sífilis por medio del mercurio. No fué uno de aquellos en que el paciente es rebelde á la influencia del agente, ni tampoco uno de los enfermos en que los síntomas no ceden con su uso: los desórdenes desaparecieron por completo una y otra vez, pero manifestábanse tan pronto como se suspendía el remedio. Las recidivas, sin embargo, eran más y más benignas cada vez, y parecía probable obtener al fin la victoria. El paciente era un caballero italiano, de color moreno, llamado G. Se me presentó en marzo de 1885, afectado de un psoriasis lupoides, diseminado con simetría parcial por todo el tronco y por los miembros. También tenía grandes manchas descamativas en las palmas de las manos, en el dorso de éstas, en la región interior de las rodillas y en los codos. Estas últimas eran del tipo del psoriasis, mientras que las de las palmas no presentaban acumulación de epidermis. No se podía dudar que el conjunto de la erupción era de carácter sifilítico, pues se había presentado con modificaciones, desde los accidentes primarios, dos años antes. En todo este tiempo, excepto algunos cortos interva-

los, había tomado mercurio, y varias veces tuvo la boca ulcerada. Habíale cuidado sin interrupción un médico amigo suyo. Como siempre se habían obtenido malos resultados, creyó oportuno recomendar al paciente el tratamiento de Aquisgrán, y, en su consecuencia, le di una recomendación para un médico de aquella ciudad. Pasó un año sin ver yo al paciente, y en abril de 1885 se me presentó de nuevo diciéndome que había estado dos veces en Aquisgrán y que tenía las manos tan malas como siempre. En un año había practicado doscientas unciones, y tres veces saliveó en abundancia. Dijo que la boca se le ulceraba muy pronto, y que cuando estaba bajo la influencia del mercurio los síntomas desaparecían, pero manifestábanse de nuevo cuando dejaba la medicación. No solamente le habían dado unciones en Aquisgrán, sino también cuando estuvo en su casa. Pronto reconocí que al quejarse de no estar mejor exageraba algo. Las manchas de las palmas de las manos le molestaban aún, pero hallábase libre de las del cuerpo. En la mano derecha había tres ó cuatro manchas, pero ninguna en la izquierda; y en esta última la uña del pulgar estaba algo inflamada en su borde.

Por lo que hace al tratamiento de Aquisgrán, puedo decir que he conocido muchos casos en que los síntomas de la sífilis reaparecieron después de una curación temporal por las unciones, según se practican allí. Por lo que hace á la permanencia de la curación, no creo que ese sistema tenga especiales ventajas sobre los demás, ni que las unciones de Aquisgrán sean mejores que las que el paciente puede practicar en su casa; pero debe advertirse que, para ciertas personas que no pueden someterse al tratamiento sistemático en su domicilio, es ventajoso ir á dicho punto.

COMENTARIO CXLIII

Sobre la virtud del mercurio para evitar las erupciones secundarias, y sobre las recidivas después de suspender su uso

Ciertamente es muy raro conservar la piel del todo limpia

durante el tiempo del período secundario de la sífilis. En las glándulas de la lengua, y algunas veces en otras partes de la mucosa que tapiza la boca, fórmanse á veces úlceras; y aunque éstas exigen generalmente un aumento en la dosis del medicamento y el uso local de éstos (como, por ejemplo, gargarismos de agua fagedénica negra), debe admitirse que se presentan casos en que es difícil estar seguro de que el supuesto remedio no agrava el mal. Sin embargo, en una gran mayoría de ejemplos en que, comenzando en un temprano período, se somete al paciente á un tratamiento de seis meses, durante los cuatro últimos de este período está exento de síntomas, y, al parecer, en la mejor salud; pero, si al fin de dicho tiempo se suspende la medicación, resultará muchas veces una prueba muy notable de su eficacia antidotaria.

Veremos que el remedio, y sólo éste, había anulado la acción del veneno; pues, á pesar del largo período de completo reposo, se reproducirá un ataque de los síntomas á las pocas semanas de la suspensión. Este ataque suele ser benigno, pero muy marcado en general, y generalmente toma la forma de una erupción eritematosa ó liquenoide, que se manifiesta sobre todo en el tronco, sin ir acompañada muchas veces de ulceración de la garganta ú otros síntomas. Aunque hay casos en que es papulosa, no he visto nunca que su gravedad se asemejase á la de las erupciones que á menudo vemos en casos no tratados aún. Más de una vez he observado la erupción producida después de suspenderse el mercurio y que es fácil confundir con la escarlatina. Creo que siempre se domina pronto con el mercurio y desaparece á los pocos días, repitiéndose rara vez. Sin embargo, hay otra erupción peculiar que á veces persiste largo tiempo, repitiéndose con frecuencia; pero es muy efímera, y consiste, sobre todo, en la presencia de anillos eritematosos débilmente marcados, sólo visibles por la repentina exposición del cuerpo al frío, y en particular después del baño de la mañana. De cada diez pacientes, nueve no la observan sino en esta última condición, y en general desvanécese casi por completo á las pocas horas.

Esos anillos se ven con más frecuencia en los brazos, pero también algunas veces en el tronco y los muslos. Son induda-

blemente sifilíticos, y la propensión á formarse cesa cuando se repite el tratamiento mercurial. Es muy raro que vayan acompañados por otras manifestaciones de la enfermedad.

COMENTARIO CXLIV

Notable persistencia de la sífilis á pesar de un eficaz tratamiento: ataque de sordera simétrica al tercer año, y otro de paraplegia á los diez: nacimiento de un niño sifilítico siete años después de la afección primaria.

Un caballero de distinguida posición me describió del modo siguiente su enfermedad sifilítica. Habíame consultado por primera vez en julio de 1876, algún tiempo después de aquejar una paraplegia. El chancro y las sífilides ocurrieron en 1865 cuando contaba veintinueve años, y el inteligente especialista que le trató en Londres prescribióle baños de calomelanos al vapor, con intervalos, durante tres años. En 1868 tuvo un ataque de sordera casi completa y zumbidos de oídos, pero sin dolor. Esto duró cerca de tres meses, pero curóse con el tratamiento específico. Al año siguiente, después de tomar consejo, se casó. Tuvo un niño muy hermoso, y á los cuatro años nació otro; pero á éste fué necesario darle mercurio para combatir los síntomas específicos. En 1873 el paciente sufrió, en el verano, un ataque de diplopia, que se curó con específicos; en 1874 formóse una úlcera de carácter sospechoso en una pierna; y en 1875 hubo un segundo ataque de diplopia que duró más que el primero. Mientras se medicaba para esta afección, presentóse la paraplegia; pero, antes de describir los síntomas y los resultados de su mielitis, advertiremos que la infección se había apoderado del paciente de una manera muy notable. Aunque el tratamiento por los baños de calomelanos fué eficaz y prolongado, y los síntomas cedieron siempre á su debido tiempo, reprodujéronse repetidas veces, siendo lo más curioso de todo que su esposa tuvo un niño inficionado después de la sífilis y á pesar de

la prolongada medicación. Su ataque de paraplegia desarrollóse repentinamente. Una noche, después de tener contacto con su esposa, comenzó á sentir una inquietud alarmante, y experimentó ciertos dolores en los hombros. Envióse á buscar al médico, pero nada se pudo reconocer entonces. Por la mañana todos sus miembros estaban débiles y no podía orinar; después las extremidades inferiores quedaron del todo paralizadas, hasta el punto de no poder levantarlas del lecho; y hubo incontinencia de orina y de las heces ventrales. Las extremidades superiores, aunque débiles al principio, no se paralizaron; y al cabo de un mes pudo servirse de la mano para escribir. Guardó cama cinco ó seis semanas y poco á poco recobró las fuerzas para andar.

Cuando vi al Sr. R., unos diez meses después de su enfermedad, podía andar bastante bien, aunque le vacilaban algo los pies y no hubiera podido correr. Desde la fecha de su enfermedad había perdido toda la potencia sexual, la movilidad de la rodilla era excesiva, y las pupilas funcionaban bien. Sin duda, poco debía dudarse que éste era un ataque de mielitis aguda de la región dorsal. He creído conveniente citar este caso como ejemplo de la influencia de la sífilis para dejar los centros nerviosos propensos á afecciones tardías. La causa excitante del ataque fué probablemente el acto sexual; y la completa pérdida de esta función señala, sin duda, la parte de la médula en que había hecho tiro la enfermedad y de la cual había partido. No obstante, recordando los anteriores ataques de diplopia y la semejanza de éstos con los observados en otros pacientes sífilíticos, podemos considerar que la infección específica tuvo mucha importancia como causa. La influencia de la sífilis en los tejidos es generalmente hacerlos más vulnerables.

COMENTARIO CXLV

Sobre la persistencia de la sífilis terciaria en una región ó en un tejido solamente

La manera como la sífilis terciaria se aferra algunas

veces á un tejido ó región en particular, sin manifestar la menor tendencia á atacar otras, es un hecho muy curioso. Algunas veces se fija en la garganta y en la boca, otras en la laringe, no pocas en el sistema nervioso y también en la piel. En ciertos casos las lesiones son múltiples, aunque todas de la misma estructura; pero á menudo son sencillas, si bien manifiestan tendencia persistente á reproducirse. Cuando se manifiestan múltiples, raro es observar exacta simetría, y los más recientes desarrollos son debidos probablemente á la infección del primero (como sucede en el lupus común, es decir, no específico). Estos casos confirman poderosamente la opinión de que las manifestaciones terciarias son, á menudo, locales solamente. Como prueba de lo que digo, no podría citar mejor ejemplo que el siguiente, aunque hay muchos.

El doctor Gervis me envió un paciente, hombre de treinta y nueve años, atacado de una molesta dermatosis. Tenía enormes placas de lupus serpiginoso en los muslos y el abdomen, con costras en los bordes y delgadas cicatrices en el centro. No se podía dudar de su naturaleza: existían desde hacía trece años, desapareciendo casi algunas veces con el tratamiento, aunque nunca del todo; y parecía probable que el paciente no se hubiese tratado jamás sistemáticamente como afectado de sífilis. Hacía catorce años que estaba casado, y el lupus apareció por primera vez en un muslo á los dos años de su matrimonio. Contaba siete hijos, y de ellos vivían seis incluso el mayor; sin que ninguno hubiese tenido síntomas. En esto tenemos la curiosa prueba de que un hombre que padece los síntomas terciarios puede no transmitir la infección. Había precedentes de chancro hacía veinte años, es decir, seis antes del casamiento; pero el paciente no recordaba nada de síntomas secundarios.

COMENTARIO CXLVI

Caso que demuestra el prolongado estado latente de la sífilis y el desarrollo de síntomas terciarios tardíos: irritación recurrente del chancro.

El Sr. T. R., de cincuenta y dos años, clérigo, bien conocido ahora, se expuso al peligro del contagio cuando tenía diez y ocho, y el resultado fué un chancro y un bubón. Sólo se sometió algunas semanas al tratamiento. No recordaba los síntomas secundarios, ni tuvo reminiscencias de ellos hasta llegar á la edad adulta. Se casó á los treinta y dos años, y ahora tiene seis niños muy sanos. A la edad de cuarenta consultó con un médico de Brighton sobre una erupción en la pierna: díjole que era sífilítica y se la curó con específicos. Dos años después, el sitio donde estuvo el primitivo chancro comenzó á irritarse, y, convertido en úlcera abierta más de un mes, se curó al fin con el tratamiento. En esta fecha tomó mucho ioduro. El hijo mayor nació antes de reproducirse la úlcera y se ha conservado siempre en la mejor salud. Cuatro ó cinco años después de esto, y hallándose el paciente del todo bien, formóse una úlcera en su pierna izquierda, y por último me lo enviaron para curarle un goma periflebítico de la pantorrilla izquierda. Se observará que todos sus síntomas terciarios eran simples y no simétricos, y que en cada caso se le curó con específicos. Si las circunstancias sociales del paciente hubieran sido otras, hubiérase podido sospechar que la reproducción del chancro era más bien una nueva infección; pero se observará que le habían precedido algunos síntomas terciarios y que no les siguió ninguno secundario. En dos casos he visto también una recidiva análoga de chancros, que fueron consecuencia de la vacunación, y cuando, de consiguiente, no era posible un segundo contagio.

COMENTARIO CXLVII

Caso que ilustra el tratamiento

El siguiente caso ocurrió antes de la introducción del iodoformo, y entonces fué cuando escribí mi nota, que decía: «He conseguido, después de un largo período de decepciones, curar un caso grave de ulceración sifilítica terciaria en el rostro, por lo cual creo que vale la pena recordar los detalles del tratamiento. La paciente era una señora casada, de salud algo débil, que se me presentó hace seis meses para curarse una extensa ulceración serpigiosa de la nariz y de las mejillas.

Reconocida desde luego su enfermedad, había tomado mucho ioduro de potasio, y regresaba, sin sentir alivio, de las inmediaciones del mar. Estaba delgada y era tísica. Receté el ioduro y los tónicos, y después de levantar todas las costras apliqué atrevidamente el nitrato ácido, como cáustico, á las úlceras. Desde aquel día la visité una vez al mes, aplicando cada vez este último remedio. El alivio fué al principio muy lento, pero en el mes de abril se me presentó del todo bien: todas las úlceras se habían curado, y la salud era mucho mejor. El alivio se produjo rápidamente desde su última visita, y entonces le receté diez y ocho centigramos de hierro reducido, seis de calomelanos y doce de extracto de manzanilla en bolos, tres veces al día, y una mixtura de noventa centigramos de ioduro de potasio con un gramo de sal amoníaco. Como las úlceras habían sido cauterizadas, dispuse que se aplicase la loción negra, empapando en ella una planchuela. No sé á qué elemento atribuir el resultado, ó si se debe achacar simplemente á la perseverancia con todos. Yo había insistido siempre en que la enferma volviese al mar, y al fin lo hizo así; pero me aseguró que el alivio se produjo antes de marchar. Tal vez la sustitución del agua fagedénica negra al ungüento mercurial tuvo importancia, y es posible que el hierro fuese eficaz también; pero yo me inclino á conceder el primer lugar á las cauterizaciones repetidas.

COMENTARIO CXLVIII

Permanencia de la curación en dos casos de sífilis (madre é hijo) que padecían la enfermedad adquirida y hereditaria

Cierta noche mi criado me anunció que un hombre de pobre aspecto deseaba hablarme. Evidentemente le habría complacido que yo, obedeciendo á mi primer impulso, hubiese rehusado ver á un visitante importuno que ningún interés me ofrecía; pero no lo hice así, y quedé recompensado, como en otras muchas ocasiones análogas, obteniendo un hecho clínico de valor. El hombre llevaba su fotografía (hecha unos veinte años antes), cuando era muchacho, en cuya ocasión pude reconocer su fisonomía sifilítica: ahora tenía treinta y dos y estaba casado. Observé que tenía las facciones muy desfiguradas y los dientes típicos.

En otro tiempo le traté para curarle un fuerte ataque de keratitis doble, y á su madre una úlcera terciaria en la pierna; pero después de esto trascurrieron veinte años sin que volviese á ver á mis dos pacientes. Mi hombre me dijo que había disfrutado excelente salud desde entonces, y que trabajaba de continuo en una fábrica de papel. El temor de que comenzaba á perder la vista le indujo á buscarme otra vez. Supuse que se trataría de un caso de coroido-retinitis; pero al examinarle resultó sólo una miopia agravada, pareciendo que toda la actividad de la infección había cesado con el ataque de keratitis á la edad de nueve años. El hombre me aseguró que su madre se había conservado también buena desde su tratamiento.

He tenido muchas oportunidades para hacer análogas observaciones respecto á la inmunidad en un período muy adelantado de la vida de aquellos que han padecido sífilis hereditaria hasta la pubertad. En casi todos los casos, el ataque de keratitis es el último de los síntomas de la afección.

COMENTARIO CXLIX

Sobre la influencia del tratamiento como prueba de que en el periodo terciario los fenómenos de la sífilis son á menudo locales solamente.

La doctrina de que la sífilis, en su período terciario, es con frecuencia por mucho solamente local, queda confirmada lo bastante por aquellos casos, observados á menudo, en los cuales se fija tenazmente en un órgano ó región. En la lengua, esto es muy común; la palma de la mano y la laringe nos presentan también ejemplos muchas veces; y la enfermedad se prolonga un año y otro, repitiéndose en aquella parte, sin la menor tendencia á invadir otras.

Un ataque de frío ocasionará una recidiva de la laringitis, ó una partida de pelota bastará para que se reproduzcan las manchas en las manos; pero yo creo que, en la gran mayoría de casos, la repetición se debe á una curación imperfecta: se olvida alguna cosa, y es el punto de partida para la nueva inflamación. Vemos muchos casos en que, cuando se ha conseguido la curación de una larga y penosa afección local, es permanente. Tal fué notablemente el caso en un caballero á quien yo había tratado largo tiempo para curarle un psoriasis palmar. No era susceptible al mercurio, y había tomado considerables cantidades. Su salud era excelente, y el único síntoma que tenía reducíase á una gran placa descamativa en la palma de la mano. Muchas veces se había curado casi, pero nunca del todo. Por último, con la pomada de iodoformo desapareció completamente, y la palma de la mano se ha conservado blanda y flexible sin la menor señal de recidiva.

En casos de afecciones de la laringe, es á menudo muy difícil obtener una curación completa, pues las recidivas ocurren un año y otro. Estos son los casos que terminan por estenosis gradual, exigiendo al fin la traqueotomía. Creo que ocurren principalmente en aquellos individuos que tienen la

garganta delicada y son propensos á las inflamaciones catarrales. En algunos casos las recidivas parecen ser de naturaleza herpética; pero aun en este caso, una vez obtenida la curación, suele ser permanente.

COMENTARIO CL

Caso que ilustra la profilaxis de los síntomas secundarios por el mercurio y un ligero ataque dos meses después de su suspensión.

En otras páginas he llamado la atención repetidas veces sobre el hecho de que, después de haberse evitado con buen éxito todos los síntomas secundarios por medio de pequeñas dosis de mercurio administradas durante un largo período, podría ocurrir un ligero ataque poco después de haberse dejado el específico. El siguiente caso confirma este importante hecho, demostrando que en tales circunstancias pueden manifestarse por primera vez, diez meses después del chancro, una erupción y úlceras en la garganta, en un todo semejantes á las que vemos á principios del período secundario.

El Sr. M. me visitó en febrero para consultar sobre un chancro duro que tenía en el frenillo. Le receté el polvo gris en píldora y la pomada de iodoformo. El 21 de abril había desaparecido toda induración y apenas se reconocía el sitio del chancro. El paciente había tomado con regularidad doce centigramos de polvo gris en cuatro veces al día, y continuó hasta el 20 de setiembre. Durante este período se le observó cuidadosamente, y no tuvo la menor señal de accidentes secundarios. Gozaba de buena salud, vivía como siempre y fumaba á su antojo.

A fines de setiembre le autoricé para que dejara las píldoras. Se notará que el diagnóstico de la sífilis se entendía sólo para la induración de la úlcera en la fecha de la primera visita. El 15 de noviembre presentóse de nuevo el Sr. M., quejándose de que tenía la garganta ulcerada. Procedí á un dete-

nido examen, y hallé el tronco cubierto de una erupción de roseola, mientras que en las amígdalas habían úlceras simétricas superficiales, pero todas de carácter benigno, aunque características de la primera parte del período secundario, por lo cual volví á prescribir el mercurio. El paciente dijo que estaba bien de salud: advertiré, no obstante, que fumaba mucho y hacía prolongado ejercicio en un gimnasio. De modo que las influencias locales habían servido tal vez de causas excitantes.

COMENTARIO CLI

Sobre la influencia del mercurio en la sangre

Diversos observadores han hecho esfuerzos dignos de elogio para determinar con exactitud los efectos del mercurio en la sangre y los tejidos, averiguando la manera y grado de rapidez de su eliminación. Se ha contado cuidadosamente el número de glóbulos rojos de la sangre, antes y después de tomar el medicamento; y teniendo en cuenta las discrepancias por la dificultad de la investigación, podemos decir que las observaciones hechas, en general confirman las conclusiones á que llegaron.

El *engordante empleo del mercurio* es una frase empleada desde los tiempos de Abernethy; y la conclusión ante los clínicos, resultante de los nuevos experimentos, es que no sólo en los sífilíticos sino en los que están sanos, y no sólo en el hombre sino en los animales inferiores, el mercurio administrado á dosis bastante pequeñas puede contribuir á la formación de grasa y músculo. También tiende á aumentar el número de glóbulos rojos, pero todo depende de la dosis y de la idiosincracia del paciente; aunque, sea ésta cual fuere, si la dosis se disminuye lo bastante, el medicamento puede convenir.

Harto se ha probado que el mercurio se elimina muy pronto. Aparece primero en la orina, pero se puede reconocer en otras secreciones. Se ha descubierto por el análisis en los más

de los tejidos del cuerpo, pero probablemente no permanece mucho tiempo en ellos; y de ahí la necesidad de continuar por largos meses su empleo. A los pacientes que tan á menudo preguntan, al terminarse una curación feliz, «si no se les dará alguna cosa para sacar el mercurio del cuerpo,» se les debería contestar que es muy de desear que permanezca en él.

COMENTARIO CLII

Sobre diversos métodos de tratamiento propuestos para sustituir el uso del mercurio

Me he declarado tan enérgicamente en favor del uso del mercurio, como específico en todos los períodos de la sífilis y para todas las constituciones y estados de salud, que apenas vale la pena, en mi concepto, discutir sobre los diversos métodos que en un tiempo ú otro tuvieron lo mismo partidarios que enemigos; pero se puede admitir, en general, que todo lo que favorece los cambios de tejido es susceptible de auxiliar en la curación de la sífilis. Así, por ejemplo, diversas drogas que obran en la piel, en los riñones y en los intestinos, pueden resultar á veces beneficiosas, aunque no suelen dar resultado si se prescinde del todo del mercurio. La reputación que muchos preparados han obtenido dependió del hecho de que contenían alguna pequeña cantidad de mercurio ó ioduro, como se ha reconocido en diversos preparados de zarzaparrilla, y en el llamado *decocto de Zittmann*. Algunas veces se obtiene, al parecer, buen resultado con ciertos medios, como por ejemplo los baños turcos, é insistiendo en el excesivo ejercicio y una escasa alimentación. Ahora está de moda en el continente un método que consiste en hacer andar mucho al paciente, comer muy poco y beber agua en abundancia, siendo evidente que semejante método favorece los cambios de tejido.

COMENTARIO CLIII

Sobre el uso de específicos para los fines del diagnóstico

Los que piensan que se puede confiar en los resultados del tratamiento por los específicos para formar el diagnóstico, pueden incurrir fácilmente en graves errores. Las afecciones sífilíticas resisten con frecuencia mucho al tratamiento, y por otra parte el mercurio y los ioduros producen á menudo el mayor bien posible en casos que no son sífilíticos. El ioduro es un remedio para todas las formas de inflamación crónica acompañada de infiltración de tejido y espesamiento, y sobre todo cuando se trata de huesos ó de tejidos fibrosos. Se adoptó su uso para combatir la periostitis, y sólo en vista de su reconocida eficacia empleóse contra los exostosis de la sífilis. La desaparición del espesamiento del hueso por el uso del remedio, dista mucho de suponer que el efecto causado reconociera una causa sífilítica; y tratándose del mercurio, también diremos que es tal vez el *remedio* para todas las formas de inflamación, bien sean crónicas ó agudas. Tal vez algunas de las principales ventajas que el público obtendrá por haberle devuelto su confianza para la sífilis, se hallarán en casos en que se administra por haberse hecho un diagnóstico equivocado. En los presentes tiempos, en que tantos terapeutas pusilánimes hay, se necesita mucho valor, en todo caso que no se considera como sífilítico, para aconsejar el dejar que se afecten las encías, lo mismo que para proponer el uso de la sangría ó del antimonio; pero si se diagnostica de sífilis, bien se haga mal ó bien, se puede dar abundantemente.

COMENTARIO CLIV

Importancia de las dosis

En el uso de los específicos para el tratamiento de la sífilis

podemos decir que todo depende de la dosis. La afirmación que hacen muchos pacientes respecto á que no pueden resistir la más pequeña cantidad de mercurio ó de ioduro, puede considerarse siempre como un error: disminúyase la dosis lo suficiente y se tolerará, y conseguido ésto se obtendrá la curación. No se trata de la cantidad del medicamento, sino de que produzca su efecto en el organismo; y si este efecto se obtiene por una escasa cantidad, no solamente no es necesario aumentarla, sino que sería muy mala práctica. No he conocido un solo paciente que no pudiera tomar ioduro de potasio ó mercurio siempre que la dosis se redujera lo bastante. Las principales dificultades en el tratamiento hállanse en aquellos que no son susceptibles, no en los que responden fácilmente. Repetidas veces se ha reducido el ioduro de potasio ó el polvo gris á la dosis de un centigramo para cada toma, y después observé que convenía muy bien, manifestándose la influencia específica.

COMENTARIO CLV

Sobre la eficacia de un pronto tratamiento para impedir los síntomas terciarios

Entre los muchos problemas importantes que aun debe resolver la sagacidad de los futuros investigadores, hállase el relativo á la influencia del tratamiento en los primeros períodos sobre la propensión á los accidentes terciarios. Es un asunto en extremo difícil, sobre todo por las grandes desviaciones de uniformidad observadas en la sífilis. Los síntomas terciarios son por fortuna excepcionales, cualquiera que haya sido el método de tratamiento y aunque éste se omitiera; y nunca podemos estar seguros de que se evitaron por las medidas especiales que se adoptaron al comienzo. Una bien numerosa colección de casos, cada uno de los cuales abarcase veinte años por lo menos, bastaría para poner en claro la cuestión.

Cuando recordamos que en muy pocos se ha procedido con el mismo método de tratamiento desde el principio hasta el fin, se reconocerá fácilmente que la demostración estadística deseada no es fácil de obtener pronto, por lo cual deberemos contentarnos por mucho tiempo aún con las impresiones generales.

Sin embargo, no hay duda de que los síntomas del período secundario pueden desaparecer bajo los más diversos tratamientos ó sin ninguno, y que el paciente puede disfrutar de un largo período de absoluta inmunidad, aunque con propensión á sufrir más tarde.

COMENTARIO CLVI

Sobre las diferencias de periodo

Habiendo admitido que todas las formas de sífilis visceral pueden presentarse en el período secundario, y que todos los tejidos del cuerpo son susceptibles de afectarse durante dicho período, no debe extrañarse que á muchos les parezca que prescindimos de toda distinción entre los períodos secundario y terciario; pero seguramente no es así. Ciertamente que renunciamos á las reglas arbitrarias de clasificación; pero es con el objeto de obtener un conocimiento más seguro respecto á los datos en que se debe basar.

Todos admitirán que durante algún tiempo (se podría discutir en cuanto á su mayor ó menor extensión) la inoculación sífilítica es cuestión local; después sigue un período mucho más largo, durante el cual el veneno está libre en la sangre, y á través de ella puede infectar todos los tejidos.

Ignoramos cuanto tiempo dura esta condición, pero sabemos que es terminable, y que más pronto ó más tarde se sigue un estado de la economía en el que los humores no son ya infectivos, ni existe tendencia alguna á los ataques generalizados. En esta última condición, sin embargo, el paciente no está del todo libre del riesgo de los fenómenos morbosos relacionados con su infección. Por regla general, fácil es distin-

guir éstos de los del primer período. Si se ve una erupción que cubre todo el cuerpo, ó úlceras en la base de la lengua, ó iritis doble, no se ha de escuchar al paciente si dice que hace diez años que contrajo la sífilis, pues se debe abrigar la seguridad de que ha habido alguna infección reciente. En la práctica, pues, y en la gran mayoría de casos, la diferencia de períodos es definida y se reconoce con facilidad. Lo que proviene de la primitiva y absoluta infección local pertenece al período primario; lo que viene del período en que se contagió la sangre, y que, por consiguiente, se ha generalizado y es simétrico, corresponde al período secundario; y siga lo que quiera después de éste, será terciario. Así vemos que en teoría la sífilis es primero local, después constitucional, y luego local de nuevo; ó tal vez fuera más correcto decir que es primero un afecto local de sólidos, después un afecto universal de éstos y de la sangre, y, por último, un afecto de los sólidos solamente. La dificultad práctica está en determinar en qué período preciso deja de ser una enfermedad de la sangre, ó, manteniéndonos en la teoría, en qué período el virus específico y particular de la sífilis (el microbio que produce todos sus primeros síntomas) deja de existir en el organismo. Cuando este microbio muere al fin, la enfermedad debe dejar de ser infectiva, y desde entonces sólo son posibles las manifestaciones terciarias. Estas se reducen simplemente á inflamaciones crónicas en los órganos dañados por la sífilis, y sin duda no tienen nada que ver con el anterior estado de la sangre. Se extienden localmente, y cúranse por medios locales. ¿Quién pensaría en curar erupciones secundarias con tales medios? Ya sabemos que si una erupción desaparece, otra vendrá, y hay abundantes pruebas de que toda la economía está propensa á sufrir. Es diferente en el período terciario, en el que las curaciones locales suelen ser duraderas.

COMENTARIO CLVII

Sobre los dientes sífilíticos como señal posible de la propensión al ptialismo

No sé si la existencia de los dientes *mercuriales* debe inducirnos á ser prudentes al prescribir el mercurio, porque es posible que en algunos casos indiquen peculiar susceptibilidad para la droga. El siguiente ejemplo nos presta una indicación en este sentido. Cierta joven que estaba al cuidado de un vecino mío, médico muy entendido, vino á verme porque no se curaba bastante pronto de una erupción sífilítica. Tenía el chancro muy duro aún, y una abundante erupción papulosa. Como ya sabía yo que tomaba mercurio, le aconsejé que continuase. Cinco días después me visitó de nuevo. Saliveaba mucho, mientras que las encías, las mejillas y los labios estaban muy hinchados; y entonces observé que los dientes presentaban, de una manera muy marcada, las particularidades que he atribuído á la estomatitis de la infancia. Como esta enfermedad se suele deber al mercurio dado en forma de polvos dentífricos, el aspecto particular de los dientes puede ser señal de una inusitada susceptibilidad por la droga.

El efecto de esta influencia del mercurio sobre la sífilis fué muy notable, pues todas las señales del chancro y de la erupción desaparecieron inmediatamente. Apenas cesó el ptialismo, el paciente quedó perfectamente bien, habiéndose suspendido, por supuesto, todo tratamiento específico. Durante algunos meses el paciente estuvo del todo bueno y libre de síntomas, aunque después hubo recidiva y fué necesario usar unos específicos de nuevo, si bien en ligera escala.

COMENTARIO CLVIII

Sobre la resistencia al mercurio y sobre la producción del ptialismo

Bien sabido es que el mercurio no impedirá ni contendrá siempre los síntomas de la sífilis. Algunas veces hállanse pacientes que parecen resistir la influencia de la droga y que toman considerables dosis sin marcado efecto en su salud ni en los fenómenos morbosos. En cuanto á estos últimos obsérvese á veces que la salivación es muy notable, y que las alteraciones que no cedían antes, desaparecían de una vez. Sin embargo, no se crea que aquellos que resisten grandes dosis sin efecto son los únicos en quienes se manifiesta la persistencia y hasta el nuevo desarrollo de las lesiones sifilíticas, pues á veces se presenta durante el ptialismo un nuevo ataque, lo cual sucede, sobre todo, según creo, en el caso de la iritis. He visto varias veces el segundo ojo atacado cuando el paciente estaba de lleno bajo la influencia mercurial para curarse el primero, y hasta parece probable la indicación de que en algunas personas el estado de ptialismo, lejos de auxiliar, entorpece la eficacia del remedio. Según he observado ya, algunos de los más fuertes ataques que yo he conocido ocurrieron después de una breve medicación de mercurio que se suspendió á causa del ptialismo; y aquí tenemos, á mi modo de ver, las más poderosas razones para preferir el método de las pequeñas dosis largo tiempo continuadas y sin provocar el ptialismo. Con este sistema no he conocido ningún ataque fuerte después de haberse comenzado bien con el remedio. Los casos que nos recuerda Mr. Judd confirman bastante lo que acabamos de decir. Este doctor trataba de producir el ptialismo por medio de unciones con las manos durante dos semanas; y, sin embargo, las recidivas parecen haber sido muy comunes, y hé aquí porque llegó á opinar que, si se daba pronto el mercurio, hacía aparecer y agravaba los síntomas secundarios.

Rara vez es útil el ioduro en los primeros períodos de la sífilis, mientras que las pequeñas dosis de mercurio convienen mejor á la economía, y su eficacia es más rápida. En el tiempo en que no se conocía más método de usar el mercurio que aquel cuyo objeto era producir prontamente la salivación, el ioduro vino á ser como un beneficio del cielo; pero en la práctica presente experimentábase mucho menos su necesidad.

COMENTARIO CLIX

Caso de sífilis excepcionalmente grave, en el que el mercurio no probó mientras que los ioduros consiguieron la curación

Puedo recordar el siguiente caso como un ejemplo de sífilis extraordinariamente grave y de su rápida y satisfactoria curación sólo por los ioduros. El Sr. W. llegó de la India, en abril de 1886, para someterse al tratamiento. Habíanse presentado los síntomas primarios, diez y ocho meses antes, y más de una vez se ulceraron las encías. Aquejaba entonces una erupción por efecto de recidiva, desarrollada cuatro meses antes de verle yo. Estaba sumamente demacrado y cubierto de una sifilide pustulosa que en la cara tomaba la forma de rupia. En el tronco habíanse curado algunas úlceras, mas comenzábanse á presentar otras; y en cuanto á la boca, estaba peor que la piel, pues había úlceras fagedénicas de considerable tamaño en las encías, hallándose el paladar y la garganta indurados. Los incisivos superiores amenazaban desprenderse por la destrucción de las encías, y veíanse muchas pústulas ulceradas en el paladar blando. En el pie izquierdo hallé una considerable tumefacción, relacionada, al parecer, con los huesos metatarsianos y las articulaciones.

Teniendo en cuenta la gravedad con que estaban afectadas las mucosas, la ulceración de las encías y el hecho de haberse interrumpido varias veces la medicación mercurial, resolví usar solamente los ioduros. El paciente tomó los tres juntos: treinta centigramos de ioduro de potasio, diez y ocho

de ioduro de sodio y otros tantos de ioduro de amonio, con cuarenta y cinco centigramos de sal amoníaco, diez gotas de tintura de nuez vómica y quince gramos del extracto líquido de zarzaparrilla. Se aplicaron los polvos de iodoformo á las úlceras de la boca, y la pomada de la misma sustancia á las de la piel, obteniéndose de este modo una mejoría rápida sin la menor interrupción.

No se hizo nunca cambio alguno en el tratamiento. El paciente me hizo una visita en noviembre. Estaba fuerte y robusto, y díjome que todas sus úlceras se habían curado perfectamente, si bien estaba cubierto de cicatrices. Tan cambiado encontré á mi hombre, que al pronto dudé que fuera el mismo.

COMENTARIO CLX

Sobre la notable tendencia, en ciertos casos, á resentirse sólo una serie de tejidos: casos que ilustran la prolongada persistencia de las enfermedades de los huesos.

Vemos algunos casos notables en los que la sífilis se fija, durante los últimos períodos, solamente en una serie de tejidos, sin atacar ninguno de los otros. Esto se observa á menudo cuando únicamente una parte está afectada; pero de vez en cuando se ve cuando las manifestaciones son múltiples: no es raro que la sífilis lupoides ataque la piel en varias regiones. A veces la salud del paciente no se altera: y como la molestia local es poca cosa, se puede prescindir de todo tratamiento. Pero en tales casos es posible que las placas lupoides se extiendan lentamente durante un período de muchos años. Hay casos en que la boca se afecta, no siendo extraño que la afección persista en la lengua y los labios, mientras que todo lo demás del cuerpo está completamente sano. También puede suceder que el sistema nervioso padezca exclusivamente. Pero tal vez los casos más graves é intratables de la sífilis terciaria, son los que se presentan cuando la enfermedad ataca los hue-

sos. En algunos pacientes parece que toda la enfermedad recae en el periostio y los huesos durante su curso entero, sin que podamos decir si será por efecto de herencia, de tendencia reumática, ó de otra particularidad diatésica. Y en confirmación citaré un caso extraordinario y excepcional de esta especie, sobre todo por su gravedad. En estos últimos años nos hemos acostumbrado á creer que la periostitis sífilítica había perdido su terrorífica reputación gracias al ioduro de potasio, y que los ejemplos de extensas lesiones del cráneo eran cosas que sólo pertenecían ya al pasado; mas el caso que voy á citar prueba que no es del todo así: que la sífilis puede resistir á veces al más juicioso tratamiento, y que, á pesar de todas las ventajas respecto á la salud general, es susceptible de terminar fatalmente. En consulta con el doctor Burn, vi á un caballero que, sumamente demacrado, tenía exostosis descubiertas en toda la longitud de ambas tibias, y casi la mitad de la superficie del cráneo denudada y negra. Guardaba cama, y no parecía probable que viviese mucho tiempo. A causa de estarse medicando con morfina, á la dosis de diez y ocho á treinta centigramos diarios, para aliviar el dolor, habíase presentado recientemente una enojosa diarrea, y parecía muy posible que el paciente tuviera una enfermedad lardácea del hígado. Este caballero había vivido siempre bien, disfrutando de excelente salud hasta que le atacó la sífilis, aunque existía precedente de gota en la familia. Habían trascurrido ocho años desde los síntomas primarios, y no se adoptó ningún tratamiento hasta que se hubieron desarrollado del todo los accidentes secundarios. Entonces el paciente tomó mercurio en abundancia, así en fricciones como en baños. Estos últimos fueron aconsejados y dirigidos por un eminente especialista, y no se había producido nunca la salivación. Al tercer año de la enfermedad, y después de un largo tratamiento, el señor B. no me había consultado sino una vez. Entonces tenía exostosis en el esternón y sudaba mucho por las noches.

A su modo de ver, los ioduros le trastornaban siempre, y tenía mucha prevención contra ellos. Le aconsejé que los tomara combinados con tónicos y pequeñas dosis de mercurio, y que fuera á las orillas del mar, á fin de resistir mejor

su influencia depresora. Después de esta consulta pasaron seis años sin ver más al paciente; y cuando se me presentó, hallábase en el estado ya descrito. Al preguntarle cómo había adelantado tanto la afección de los huesos, supe que había tomado más ó menos medicamentos desde el principio de la enfermedad, probándose los ioduros y mercuriales casi en todas las combinaciones posibles; pero se me dijo también que era muy mal paciente, y que rara vez continuaba más de algunos días cualquiera prescripción. Por desgracia se acostumbró á confiar en la morfina más que en el ioduro para aliviar su dolor; pero si hubiera sido más perseverante, habríase obtenido, sin duda, diferente resultado. Sin embargo, no se puede negar que había tomado muchas medicinas y que la afección resistió de una manera notable. No hubo nunca síntomas cerebrales, ni fueron atacadas las mucosas ni la piel, excepto lo que era consiguiente á la afección perióstica. Aunque no se presentó nada que se reconociera como gota reumática, observábase considerable espesamiento del hueso cerca de diversas articulaciones, y los dos antebrazos estaban fijos en pronación, aparentemente á consecuencia del depósito perióstico del borde interno de la apófisis coronoides. El Sr. B. tenía treinta y dos años, cuando yo le vi la segunda vez, y no parecía probable que viviese muchas semanas.

CAPITULO X

Sobre casos que dan á conocer las dificultades especiales en el diagnóstico

¿Es una prueba concluyente de la sífilis la ulceración que destruye el paladar blando y las partes adyacentes?

Los casos á que ahora me refiero pueden presentarse á nuestra observación en dos diferentes períodos: los podemos ver cuando la ulceración progresa, ó después que ya pasó, dejando sólo vestigios en forma de cicatrices y contracturas. De cada veinte casos, diez y nueve, y tal vez el noventa y nueve por ciento, la destrucción ulcerativa de estas partes es sifilítica, cuando no se debe al cáncer; pero hay algunos casos en que no sucede así, siendo la afección un lupus de las membranas mucosas. El diagnóstico, á primera vista muy difícil, no lo es tanto si tenemos en cuenta ciertos hechos. Los dos estados admiten curación y pueden ir seguidos de cicatrices sanas; pero el proceso del lupus es de tal modo más lento que el de la sífilis, que bien puede admitirse que la mera cronicidad del caso constituye generalmente el diagnóstico. El lupus es un tumor seguido poco á poco de ulceración, y más lento aún para curarse. El proceso sifilítico es una infla-

mación á menudo acompañada de ulceración aguda, casi fagedénica, pero que una vez contenida se puede curar rápidamente. La sífilis es susceptible de destruir tanto en un mes como en algunos años el lupus. En este último no hay nunca inflamación aguda ni mucho dolor, ni rubicundez; mientras que en la sífilis suele producirse considerable tumefacción, y con frecuencia fuerte dolor. El lupus invade siempre la superficie de los órganos, mientras que la sífilis puede comenzar en su sustancia; de modo que todas las perforaciones son tal vez sifilíticas, y las cicatrices debidas á este afecto más irregulares que las del lupus. La historia y los fenómenos concomitantes ayudarán mucho, por supuesto, en la mayoría de casos; pero la verdadera dificultad se presenta cuando éstos no sirven de auxilio. En tales casos es en los que debemos confiar únicamente en los síntomas objetivos. El lupus del paladar y de la laringe es una afección muy rara, y generalmente se asocia con lupus de las encías é induración del paladar, así como de alguna parte de la cara ó del cuerpo; pero hay casos en que se limita á la garganta, y éstos son muy difíciles de identificar con alguna confianza. Su curso, sumamente lento, es el dato más seguro, como hemos dicho, para establecer el diagnóstico. En otro escrito he publicado muchos hechos como prueba de que casi todos los casos de afección del paladar en los individuos juvenes, que antes se llamaba *escrófula*, se deben realmente á la sífilis hereditaria; pero debe admitirse que aun en la infancia encontramos alguna vez lupus casi limitado á estas partes, si no del todo. Ahora daré á conocer uno ó dos casos interesantes que ilustran esta última condición.

Al doctor Orwin debí la oportunidad de ver una mujer joven, llamada L. L., que ofrecía un buen ejemplo de lupus de la garganta, y sus condiciones se hubieran podido equivocar fácilmente con las debidas á la sífilis. Las alas de la nariz se habían corroído, tenía la voz bronca, en el paladar blando no existía ya la úvula y estaba adherido á la parte posterior de la laringe, y en el paladar duro veíase una extensa superficie ulcerada. Al examinar la glotis con el laringoscopio, hallé que se había estrechado, la epiglotis estaba destruída, y hallé una faja de cicatrices entre los aritenoides. Hé aquí los

hechos que probaban que el caso era de lupus: La afección había progresado lentamente durante muchos años. La enferma tenía el rostro y los dientes normales, pero presentaba un trayecto de lupus acneico en el centro de la mejilla derecha, mientras la ulceración de la nariz era atacada por el tumor lupoide. Además de esto, el estado de las encías, que estaban rojizas y blandas, dejando descubiertos los caninos, así como la condición blanduja del velo del paladar, eran característicos del lupus y en nada semejantes á la sífilis. La paciente, de veintiún años de edad, no estaba sorda, ni había tenido nunca keratitis intersticial. En la córnea observé algunas cicatrices superficiales, debidas, sin duda, á úlceras estrumosas de la infancia.

Recuerdo muy bien otro paciente, un muchacho de familia tísica, que estuvo á mi cuidado muchos años en el Hospital de Londres. Tenía un lupus en las encías y en el paladar blando, así como en los labios y la nariz; y, por último, la afección se extendió hasta los bordes del paladar, atacando la laringe.

Creo haber visto cinco ó seis ejemplos de lupus en esa parte, y en cada caso la afección progresaba lentamente. Si hay pérdida de los huesos de la nariz ó del paladar, y hasta si queda éste denudado, la enfermedad es seguramente sífilis, porque el lupus es una afección de la piel y de las mucosas, y no profundiza.

No es necesario decir cosa alguna sobre la importancia de este diagnóstico. La sífilis, aunque muy destructora si se la deja, es generalmente fácil de curar; mientras que el lupus presenta grandes dificultades. Los resultados del tratamiento, si este último está bien entendido, pueden servir á menudo para rectificar ó confirmar el diagnóstico.

COMENTARIO CLXI

Caso de lupus de la laringe simultáneo con la sífilis

En el otoño de 1886 me presentaron un caso muy intere-

sante de lupus de la boca que muy bien se hubiera podido tomar por sifilítico. La paciente era una mujer joven de diez y ocho años. Tenía la úvula destruída y el paladar blando adherente á la faringe; en el paladar duro había mucha ulceración, así como en las encías superiores; y en varios sitios estaban descubiertos los alveolos de los dientes. El doctor Thorntons había hecho todo lo posible, dos años antes, para aliviar á la paciente por medio de cauterizaciones galvánicas de la laringe. En aquel tiempo se hizo necesario incindir la tráquea; pero como la obstrucción se mejoró, la herida traqueal estaba ya curada. La afección, en cuanto al paladar blando y la laringe, parecía haber desaparecido, y la paciente podía respirar con harta facilidad. El estado de las encías y del paladar, y sobre todo la prolongada duración de la dolencia, que estuvo progresando muchos años, nos hizo comprender que aquello era cuestión de lupus y no de sífilis. La condición de las encías y del paladar representaba muy bien el estado de las cosas en semejante caso. El diagnóstico de lupus se confirmó más por la existencia de una mancha característica en los dedos del pie izquierdo, que, manifestándose entre dos de ellos, persistió muchos años. Había antecedentes de familia estrumosos, y la misma paciente carecía de salud: las glándulas del cuello estaban infartadas.

COMENTARIO CLXII

Goma del paladar en un muchacho de notable desarrollo físico y sin la más ligera indicación de diatesis

Hace muchos años, un clérigo me presentó á su único hijo, muchacho de catorce años, pero que representaba diez y siete, muy robusto y musculoso, y al parecer de lozana salud. No aquejaba nada sospechoso en los dientes ni en la fisonomía; pero en medio del paladar blando aparecía una úlcera que dejaba descubierto el hueso. Comenzaba yo á pedir antecedentes, cuando el padre, muy alarmado y sorprendido, díjome que

creía que yo hubiera podido conocer al instante lo que era aquello, porque no se debía dudar. Después me confesó que había padecido sífilis dos años antes de su casamiento, y que aquel muchacho era su tercer hijo, habiendo muerto el segundo, á consecuencia de *sífilis infantil*, á la edad de nueve meses. El muchacho que le acompañaba había tenido una ligera erupción á los tres meses, que sólo duró algunos días. Después disfrutó de excelente salud hasta los dos años, y entonces se le presentó otra erupción, que fué tratada como sifilítica.

A los diez años experimentó un decaimiento mental, por lo cual se temió que se volviera loco; y examinado luego cuidadosamente por un distinguido médico, éste declaró que el caso no era de sífilis. Más tarde una erupción de eczema indujo á los padres á confiarle á un médico francés, que, después de oír la historia y observar el hermoso físico del paciente, no quiso creer que fuera sifilítico. Sin embargo, algunos meses después de esto manifestóse el goma del paladar blando.

Sólo debo añadir que la úlcera del paladar se curó pronto después de la cauterización, aplicaciones de iodoformo y el uso de los ioduros. Después de haberse exfoliado algún hueso, se curó del todo.

El caso tiene su valor, no sólo como ejemplo de buen desarrollo á pesar de la sífilis, sino como tumor excepcional. Si el padre hubiera querido negar la historia en vez de confesarla, nadie habría encontrado un solo indicio en que fundar el diagnóstico de sífilis, como no fuese la úlcera del paladar. La completa falta de accidentes infantiles explica, sin duda, la de ciertas particularidades en la fisonomía y en los dientes.

COMENTARIO CLXIII

Sobre una forma inusitada de goma

En un individuo que me fué presentado por el doctor S. observé un singular estado de lo que consideré como un goma

sifilítico. Había unos bultos en la parte superior del codo derecho, del tamaño de una nuez y casi tan duros como ésta, y observé en el tegumento, en varios sitios, el principio de una ulceración lupoides que me dió la clave para reconocer el género de la afección.

El paciente manifestó que tenía aquellos bultos hacía cinco ó seis años, sin que le causaran molestia, y parecía siempre que el primero era un hueso suelto, por lo muy duro que aparecía. Por lo demás, el individuo gozaba de muy buena salud, era casado y padre de varios niños. Había antecedentes de sífilis incompleta veinte años antes, pero sin síntomas secundarios.

COMENTARIO CLXIV

Caso en que el diagnóstico fué difícil entre una segunda infección primitiva y una úlcera terciaria

En el siguiente caso hubo alguna dificultad para determinar si los síntomas se debían á una segunda infección ó si eran de carácter terciario. Un caballero que tenía algunos conocimientos en medicina y muchos amigos de la profesión, me consultó, en setiembre de 1886, sobre una úlcera del pene. Estaba curada, pero la induración era muy marcada.

El paciente había consultado ya con varias autoridades respecto á sífilis, y todos admitieron que la induración era evidente y exactamente como la de un verdadero chancro; pero como mediaba el antecedente de un primitivo ataque de sífilis, los más admitieron que aquél era de carácter terciario. Sin embargo, esta úlcera había aparecido muy pequeña en agosto, menos de un mes después del contacto. Al principio era como una papulita, y tres días más tarde cayó la costra, descubriéndose una úlcera *blanda*, según se dijo, que se curó con el iodoformo y se induró después.

Se observará que habían pasado algo más de dos meses desde la exposición cuando yo le vi. En la misma visita se me

enseñó una especie de herpes escamoso en una mejilla, pero no fijé mucho en ello mi atención.

Los precedentes de un anterior ataque de sífilis eran bien claros, y al parecer había sido muy fuerte, pues la garganta se ulceró mucho, formándose en la ingle un bubón supurativo. El paciente se trató primero con las unciones, y después tomó grandes dosis de ioduro. Más tarde fué á Londres, y el doctor Lee le recetó baños mercuriales. Merced á este tratamiento, estuvo bueno durante doce años; mas al cabo de este tiempo presentóse un *chancro blando*, que duró seis semanas y fué seguido de una exostosis. Para combatir esta última volvió á tomar ioduro en abundancia y estuvo bien hasta que vino á verme. Se verá, pues, que en 1869 aquejó sífilis completa y rigurosa, en 1883 un chancro blando, y una exostosis al cabo de doce años de perfecta salud; y que en 1886, á consecuencia de nuevo contagio, según opinión del paciente, hubo otra induración bien caracterizada.

Pero el interés del caso no está aquí: en la fecha que el paciente me hizo su primera visita, el 15 de setiembre, tenía una especie de herpes escamoso en una mejilla; y dos meses después, cuando volvió á verme, y á pesar del tratamiento específico por los baños mercuriales, la mancha se había ensanchado, convirtiéndose en úlcera grande, con gruesas granulaciones en el fondo; los bordes estaban casi fagedénicos, y su aspecto era exactamente como el descrito en el caso de las úlceras del Sr. G.

Esta úlcera, así como la del pene, fué considerada por más de un especialista como un goma terciario; pero atendido que comenzó como una papulita en la superficie, desarrollándose en relación con lo que á mí me pareció induración primaria en el pene, no podía juzgarlo así, inclinándome á creer que aquello era más bien el resultado de una inoculación accidental de la úlcera del pene en un temprano período después de su formación. El caso se parecía al del Sr. G. á que antes me refería, en el hecho de que la úlcera satélite se había desarrollado mientras el enfermo se trataba con específicos.

COMENTARIO CLXV

Caso de diagnóstico dudoso en cuanto á recidiva de un chancro

El caso del Sr. R., así como el anterior, fué uno de aquellos en que es sumamente difícil decir si las úlceras fueron chancros recidivantes ó resultado de nuevas inoculaciones. Su notable resistencia al mercurio, y la aparición de la induración durante la medicación, constituyen también caracteres muy excepcionales. El Sr. R. me consultó primero en 1882, habiéndose tratado antes por síntomas que probablemente eran sifilíticos. Tuvo un chancro que le aseguraron era *blando*; pero acompañáronle infarto de las glándulas de las ingles sin supuración, garganta ulcerada y alopecia. Habiendo dejado al médico que le dijo que su chancro no era infectante, confióse á otro, que le prescribió el mercurio, no habiéndose manifestado nunca la menor señal de infección. Cuando se me presentó parecía estar del todo bien, y le aconsejé que esperara sin hacer nada más por de pronto. Desde 1883 á 1885 se conservó bueno. Era hombre de treinta años, y tenía sanos los tejidos. Tal era la historia cuando el doctor Ord me envió al Sr. R., en 1885, á causa de habersele manifestado otros chancros. Tenía dos semicírculos indurados en los repliegues del pene, cerca de la corona: uno se hallaba en el dorso y el otro en el lado derecho, presentando los dos una dureza característica: uno de ellos no estaba ulcerado, pero el otro presentaba en su centro una pequeña úlcera sin secreción. Estas induraciones databan de un mes, y se me dijo que adquirirían más consistencia cada día. La una ocupaba exactamente el sitio del primer chancro, mas la otra apareció en una parte no afectada antes. Un médico aseguró al paciente, antes de ver éste al doctor Ord, que no eran verdaderos chancros; pero yo no lo creí así, y aconsejé el tratamiento de las unciones mercuriales. Hízose de este modo, y el paciente tomó además mercurio por ingestión. Fué muy difícil producir efecto alguno, y las induracio-

nes cedían muy poco á poco. Al cabo de seis semanas, cuando habían desaparecido casi, y mientras se proseguía la medicación, manifestóse un tercer chancro en el lado izquierdo del frenillo, desarrollándose una especie de collar característico. Se continuó con el mercurio, aumentando las dosis por espacio de dos meses, y al fin se afectaron las encías ligeramente, siendo el resultado final la desaparición de todo. No hubo ninguna induración de las glándulas linfáticas, ni tampoco síntomas secundarios. Creo que no se puede dudar en este caso de que las induraciones fuesen resultado de nueva infección, y que su curso se modificó por el hecho de que el paciente tuvo sífilis antes, y porque la salud era buena y los tejidos resistieron á la influencia del mercurio.

COMENTARIO CLXVI

Caso que ilustra el diagnóstico de las cefalalgias sifilíticas

Un caballero de veinticinco años se me presentó en la creencia de que padecía dolores de cabeza sifilíticos. Había tenido sífilis tres años, estuvo sometido á tratamiento nueve ó diez meses, y recordaba haber tenido úlceras en la garganta, mas no sifilides. Ultimamente padeció lo que su médico describió diciendo ser «como un dolor profundo, unilateral, paroxístico, en la región frontal izquierda y en las regiones temporales; dolor continuo, con sensibilidad disminuída en el lado correspondiente de la cabeza y cuello, alteración de la memoria,» etc. Al examinar al paciente, reconocí que no había falta de fuerza en los músculos temporal ó masetero, y que nada podía probarse respecto á la falta de sensibilidad. El paciente dijo que los dolores de cabeza eran tales que no le permitían entregarse á sus ocupaciones, y añadió que á menudo sólo trabajaba dos días á la semana. El dolor solía sentirlo en las cejas ó en la frente, ó á un lado de la cabeza. No le impedía dormir, y solía desaparecer cuando el día adelantaba, siendo más fuerte á primera hora. Dijo también que no se despertaba apenas nun-

ca sin dolor de cabeza, como no se levantara muy temprano. Algunas veces, al pasear por la mañana, sentíase muy bien, del todo libre del dolor; pero esta inmunidad temporal era casi siempre precursora de un fuerte dolor de cabeza, que se manifestaba principalmente si trataba de dormir. Las poluciones nocturnas y el contacto sexual le dejaban siempre con la cabeza dolorida.

Semejantes hechos se explicaban mejor en el supuesto de que los dolores eran de hemicrania y no debidos á la sífilis; y al pedir antecedentes sobre la historia de la familia, el paciente me dijo que su padre había padecido mucho de dolores como los suyos, así como una de sus hermanas, á quien aquejaban en los mismos días que á él.

Antes de contraer la sífilis molestábanle ya estos dolores, aunque no eran tan fuertes. Al pedir otros antecedentes, me dijo que no era propenso á constipación, ni solía tener fríos los pies ni las manos cuando le dolía la cabeza: muy por el contrario, estaban siempre calientes y húmedos. El te y el café no le sentaban bien, y este último le quitaba el sueño.

Aunque era imposible dejar á un lado la indicación de sífilis, no encontré nada, en el caso, que revelase tal causa: la existencia de esta enfermedad era muy dudosa, y en los dos últimos años el paciente no tuvo nada que fuera en modo alguno sospechoso, excepto los dolores de cabeza. La circunstancia de que hizo mención respecto á su segundo sueño por la mañana, es muy común en los dolores de cabeza que podemos atribuir á la congestión venosa. La cefalalgia sifilítica suele ser nocturna, mientras que la del paciente era mayor á primera hora del día y terminaba al acercarse la noche. Tales hechos, juntamente con la historia de familia, parecían una seguridad de que este individuo no padecía por efecto de la sífilis, por lo cual le aconsejé que probara los tónicos, los baños fríos, etc.

COMENTARIO CLXVII

Lupus eritematoso simulado por la sífilis

La imitación que del lupus eritematoso puede ser produci-

da por la sífilis ofrece particular interés como ejemplo de una ley patológica. No sólo el proceso local y el curso clínico se asemejan en extremo, sino que las regiones especiales afectadas por el uno son precisamente las elegidas por la otra. Puede atacar simétricamente la nariz y ambas mejillas, y la concha del oído, simulando de tal modo la forma no específica, que el más hábil podría engañarse. Por otra parte, una vez despertada la sospecha, se han de observar otros caracteres de menor importancia. La forma sifilítica es tan persistente como la común, á menos de tratarse como conviene; y en algunos casos su progreso es también lento. A menudo resiste á los específicos de una manera notable, ó no admite curación.

He visto muchos casos en que los caracteres del lupus eritematoso se asemejaban más ó menos, por la inflamación de la piel, á los que presenta la sífilis; pero me limitaré á describir detalladamente dos. Debo advertir que, en el caso de uno de los ejemplos más típicos de lupus eritematoso común publicado en mis *Lecciones*, el paciente era un caballero que en su primera juventud contrajo sífilis, y que siempre me instaba para que le tratase como si padeciese esta enfermedad. En el intervalo que trascurrió tuvo una numerosa familia muy sana; y la influencia dañosa de la exposición al frío es en él tan marcada, que siempre he rehusado aceptar la sospecha de una infección específica. Obsérvase aquí que en mi concepto la diatesis *sabañonosa* es la que predispone al paciente, cuando tiene sífilis, á presentar esa parodia de lupus eritematoso. En este hecho tenemos una importante prueba de la influencia de una idiosincracia preexistente para modificar los síntomas de la sífilis.

El primer caso que citaré es el de la Sra. L., mujer de cuarenta y dos años, de buena salud, y largo tiempo libre de toda señal de sífilis, excepto su lupus. Ha sido casada dos veces, la primera á los veintitrés años y con perfecta salud, pero propensa á padecer mucho de sabañones. A los pocos meses de su matrimonio fué atacada de sífilis con una fuerte erupción; y, por lo que ella recuerda, persistieron las manchas de la nariz y de los oídos aun cuando los demás síntomas des-

aparecieron, formando, de consiguiente, parte de los fenómenos secundarios. (Esta es la misma historia de otro paciente de que hablaré después.) La erupción secundaria, según creo, fué, al parecer, seguida de úlceras de lupus en varias partes: las tenía en los muslos y en las piernas, donde dejaron cicatrices. Hacía ya algunos años que la paciente estaba sometida á tratamiento, y habíase medicado casi siempre desde entonces.

Hoy día, después de estar á mi cuidado á largos intervalos durante diez y ocho meses, el estado de la Sra. L. es el siguiente: el dorso de la nariz está ocupado por una cicatriz del todo sana en la parte inferior, pero en la superior y á los lados presenta unos bordes rojizos eritematosos; es un poco espesa y más elevada de lo que se suele ver en el lupus eritematoso, se extiende por los lados de la nariz hasta las mejillas y es del todo simétrica, pero aquéllas no están invadidas. Tampoco hay ahora desorden activo en ningún oído; pero, con todo, en el izquierdo, el helix, así como la concha, se hallan en la condición de una cicatriz delgada. Esta última existe sólo en la concha del oído derecho.

Todo el labio inferior, los dos prolabios y la piel, están comprendidos en una cicatriz delgada con los bordes eritematosos, un poco dilatados, que en algunas partes presentan una costra muy tenue. No creo que quien viera este labio vacilase en declarar una afección específica, aunque sería difícil hacer mención de ningún fenómeno particular por el cual difiriera del lupus eritematoso.

La misma observación se aplica á la nariz: hay más inflamación en las partes aun invadidas por la enfermedad, y la cicatriz que ha quedado es más deprimida que las que se ven comunmente en el lupus eritematoso común.

En cuanto á los oídos, hay también un carácter diferencial: en el del lado derecho, todo el oído externo se ha puesto en condición de cicatriz delgada, habiendo cesado todos los síntomas de eritema. Yo creo que esta cesación completa y esta extensa propagación rara vez se producen juntas en la forma no específica de la enfermedad.

Podría decirse que en el anterior ejemplo presenta un carác-

ter diferencial la extremada lentitud con que la afección se había extendido; pero esto sería probablemente un error, porque esa lentitud se debió tan sólo á la circunstancia de que el enfermo estuvo siempre sometido á tratamiento y no se curó la enfermedad.

Deseo llamar particularmente la atención sobre este caso, porque en él tenemos un ejemplo de la forma de inflamación serpigínea de la piel, semejante al lupus, debida seguramente á la sífilis, mas con el aspecto del lupus eritematoso. Así, pues, comenzó en el centro de la nariz y extendióse á los lados, apareciendo después simétricamente en la concha de cada oído. Su persistencia durante quince años es un carácter muy notable de semejanza, sobre todo si observamos que no cedió á pesar de un tratamiento específico muy prolongado; y á no ser por éste, es probable que hubiera invadido toda la cara. Debe recordarse que en los oídos, en las manos y en otras partes del cuerpo, los remedios produjeron una curación completa: la enfermedad persiste solamente en la nariz y en los labios.

Nuestra paciente, aunque parece gozar de buena salud, sufrió mucho de sabañones cuando era joven, y una de sus hermanas tuvo abscesos glandulares. Por lo que hace á la predisposición constitucional, sin duda estos hechos explican el carácter peculiar que tomó su erupción sífilítica.

Debo añadir, en cuanto al tratamiento, que la cauterización con el nitrato ácido de mercurio hizo más para la curación que el ioduro de mercurio administrado durante algunos meses.

El siguiente caso es uno de aquellos en que los caracteres del lupus eritematoso estaban mejor imitados aún. La semejanza con la forma común fué tal, que por algún tiempo equivoqué el caso, y aun para algunos observadores hubiera habido duda en si la enfermedad era realmente específica. Esta duda es la mejor prueba de su perfecta simulación.

COMENTARIO CLXVIII

*Lupus eritematoso de la nariz y de los oídos, posiblemente
sifilítico*

El caso de una mujer llamada C. fué notable por la semejanza de una erupción probablemente sifilítica con un lupus eritematoso. Creo que en la época del Congreso Internacional esta mujer figuró en el museo como ejemplo de lupus eritematoso, y no digo esto en son de crítica. Entonces presentaba una placa que cubría la mayor parte de la nariz y otras simétricas en la concha de cada oreja. Yo ignoraba que hubiese antecedentes de sífilis, y me lo dijo después el médico que la visitó y que trató la afección como una periostitis del cráneo, hasta que se confió á mis cuidados en el Hospital de las Enfermedades de la Piel.

Desde 1881 hasta enero de 1884 no vi á la paciente, pero en todo este tiempo había sido visitada por el doctor Tay, quien le prescribió ioduro de potasio y arsénico durante largos períodos, siendo el resultado curarse la afección en gran parte. Las placas de las orejas estaban ahora simplemente en el estado de cicatrices. En la nariz veíase una muy grande y cerca de los bordes tres ó cuatro placas semilunares de lupus.

Era difícil decir que diferían marcadamente del lupus eritematoso, pero observábase mayor espesamiento y menos eritema del que es usual en esta dermatosis. La cicatriz que había quedado produjo más depresión y se marcaba mejor que las que suelen observarse después del lupus eritematoso. Pareció probable que la afección se hubiese contenido, pero sin curarse del todo, por el ioduro de potasio. Yo indiqué la cauterización, sólo como prueba, y se practicó en febrero de 1884, obteniendo los mejores efectos. La paciente disfrutaba entonces de buena salud. Los antecedentes era que había tenido la garganta ulcerada y una erupción tres años antes de ser ad-

mitida en el hospital; y cuando la segunda desapareció, desarrolláronse las manchas en la nariz y en las orejas.

COMENTARIO CLXIX

Dos casos de erupciones eritematosas recidivantes del tronco largo tiempo después de la sífilis

En enero de 1887 se me presentaron dos pacientes cuyas condiciones y antecedentes eran exactamente iguales. Ambos disfrutaban de perfecta salud y aquejaban una erupción eritematosa en el tronco y en los miembros superiores. La misma descripción hubiera convenido á uno y otro. Dicha erupción consistía en manchas mal definidas, del tamaño de media peseta ó menos, de color purpúreo, y que desaparecían fácilmente por la presión; en ninguno de los pacientes iban acompañadas de prurito, y ambos dijeron que hubieran ignorado su existencia si no las hubiesen visto. En ninguno había antecedentes de camisetitas nuevas, ni otra causa probable de irritación local.

El Sr. L. (caso primero) había contraído sífilis tres años antes. Por mi consejo tomó pequeñas dosis de mercurio por espacio de cerca dos años, y en la mayor parte de este tiempo no se manifestaron síntomas. Padecía albuminuria, y siempre se le prescribió el mercurio con mucha prudencia.

En noviembre de 1885 le dije que dejase las píldoras, pues habían trascurrido dos años y medio desde la enfermedad; pero en 30 de enero de 1886 se me presentó de nuevo á consecuencia de una erupción eritematosa, ligera aunque bien marcada, y limitada á las regiones á que tocaba la camiseta interior. Le receté de nuevo las píldoras de mercurio, y en 20 de febrero había desaparecido toda señal de erupción. Se volvieron á dejar las píldoras, y no vi más al paciente en todo un año, al cabo del cual volvió por habersele presentado una erupción semejante.

El caso segundo era el Sr. V., caballero italiano, de cua-

renta y ocho años, á quien yo había tratado con motivo de habersele reproducido una erupción sifilítica en abril de 1886. Se curó del todo, á los dos meses, con el mercurio. La sífilis primitiva se manifestó un año antes, y habiendo pasado dos meses sin medicación, sobrevino una sifilide eritematosa muy abundante, ocupando todo el abdomen y el pecho. Volví á prescribir las dosis pequeñas de mercurio, y el mal desapareció al cabo de quince días, sin que yo viese más al paciente hasta el mes de enero siguiente, en cuya época se me presentó á causa de haber aparecido de nuevo la erupción.

No creo que en ninguno de dichos casos pudiese dudarse de que había predisposición á las erupciones, si es que no eran ocasionadas por la sífilis anterior. Así como en otros pacientes, no hubo síntomas concomitantes de infección persistente, ni ulceraciones en la garganta ó dolores periósticos; la erupción desaparecía, con el tratamiento, sin manifestar tendencia á pasar del estado de eritema. Parece poco probable que en su localización influyese la irritación de la camiseta, aunque no se podía asegurar nada en este sentido.

No deja de ofrecer algún interés el hecho de la reproducción posible de semejantes estados de congestión en partes ocultas en los períodos intermedio ó terciario de la sífilis. Son bien conocidos tratándose de la lengua, y puede ser que el cerebro, la médula espinal, el periostio, etc., sean propensos á ligeras congestiones que tienen una tendencia á рецидивar después de largos intervalos y se alivian con facilidad por el tratamiento. Es evidente que tales congestiones son del todo distintas de las inflamaciones serpiginosas, ó que dan lugar á tumores de carácter gumatoso.

COMENTARIO CLXX

Sobre casos de úlceras múltiples en las piernas, etc., que revisiten el porte de sifilíticas, pero que probablemente no son específicas.

En 1885 y 1886 tuve á mi cuidado dos pacientes, en los

cuales fué muy difícil el diagnóstico, y en los que, después de un prolongado tratamiento específico, no pude afirmar nada con seguridad. Los casos eran muy análogos, y los dos ocurrieron en señoras casadas. La alteración, en cada uno, consistía en numerosas úlceras pequeñas que aparecieron principalmente en las piernas, comenzando como por ligeros diviesos ó bien por induraciones subcutáneas, que se extendieron poco á poco por los bordes, tomando un aspecto que, con seguridad, hubiera considerado cualquiera como propio de la sífilis. No obstante, en ningún caso había antecedentes sospechosos, ni las ulceraciones respondían marcadamente al tratamiento antisifilítico; pero si los casos no eran de este linaje, no sé yo qué nombre hubiese podido darles. No se trataba ciertamente de ninguna de las dermatosis insertas en las listas nosológicas, y en cada caso era carácter notable que la afección fuese simétrica.

Estas historias ofrecen bastante interés para que haga un breve resumen de las mismas. Vi á la Sra. Q., en consulta con el doctor Cooper, en noviembre de 1884, y varias veces después. Había estado casada siete años y tenía dos hijos robustos, el menor de diez y ocho meses. Las úlceras de las piernas habían comenzado á manifestarse unos tres meses antes de nuestra consulta, y entonces la Sra. Q. creía hallarse muy buena. Comenzaron como tubérculos dolorosos, que se ulceraban y extendían superficialmente. Algunas de las úlceras mayores tenían el tamaño de medio duro, y sus bordes estaban escavados. El doctor Cooper probó los ioduros, el arsénico y el mercurio para el tratamiento interno, aplicando el iodoformo localmente, pero sin ningún buen resultado. No había antecedentes de ulceraciones de la boca ó la garganta, ni otro vestigio alguno de sífilis, así como tampoco prueba de que el esposo hubiese padecido esta enfermedad.

Después de un tratamiento de más de un año conseguimos curar todas las úlceras, pero era imposible decir qué agente medicamentoso había contribuido más á este resultado. Las encías se afectaron dos veces con el mercurio, y siempre sin ningún señalado beneficio; el iodoformo pareció aliviar mucho una vez, mientras que la cauterización de las úlceras

con el nitrato ácido de mercurio más bien las agrandó que las curó. El arsénico y el opio se usaron largo tiempo, y la paciente fué enviada á la orilla del mar. Una vez las manchas amenazaron extenderse hasta los muslos, y en otra ocasión manifestáronse algunas pústulas crónicas junto al codo; pero fuera de estas excepciones, la afección se limitó á la parte anterior de las piernas. A mí me parece probable que el mercurio, que se administró repetidas veces, contribuyó á la curación; pero la verdad es que en ningún período fué su influencia marcada.

En mi segundo caso, también una mujer casada, al párecer de muy buena salud, había estado sometida al tratamiento de varios hábiles médicos, y probó los remedios antisifilíticos, así como el cambio de aires y las aguas. El colega que me la envió dijo que las úlceras eran numerosas en ambas piernas, y que mientras se curaban cubríanse de una costra semejante á la rupia, caracteres que se modificaron considerablemente por el tratamiento; pero las úlceras no se curaban del todo y aparecían otras nuevas. Ambos miembros inferiores estaban afectados desde un poco por debajo de la rodilla hasta cerca de las regiones glúteas, y hallábanse cubiertas de úlceras ó induraciones lívidas. Las piernas se habían inflamado tanto, y tal era el dolor, que la paciente debió guardar cama tres meses antes de que yo la viera. Había placas induradas más arriba de las rodillas, y en la parte posterior de los brazos grupos de manchas oscuras, ninguna de las cuales estaba ulcerada. La primera úlcera apareció en la pierna derecha seis años antes, y desde entonces aumentó su número, con muchos períodos de curación parcial. El percloruro de mercurio, en combinación con el ioduro de potasio, se habían usado con frecuencia, obteniéndose muy buen éxito, pero nunca curación completa.

Mi primer diagnóstico en este caso se inclinaba á la sífilis, pero encontré poco ó nada en los antecedentes de familia para apoyar esta opinión. El esposo de la Sra. D. me dijo cándidamente que dos ó tres años antes de casarse había tenido un chancro venéreo; pero que, según recordaba, sólo duró dos ó tres días, sin que se siguiera nada. Contaba trece años de ca-

sado y era padre de cuatro niños muy sanos. La Sra. L. había disfrutado antes de excelente salud.

Los resultados del tratamiento fundado en el diagnóstico, fueron también tan difíciles de apreciar en este caso como en el anterior. Receté, por último, el mercurio y el ioduro de potasio, en combinación, durante largos períodos. La Sra. D. estuvo pacientemente sometida á mi observación cerca de dos años, y en la mayor parte de este tiempo tomó mercurio. Aunque se usaron las unciones, además del medicamento al interior, esto no influyó mucho, y necesitáronse mayores dosis que las usuales. Creo que ni la paciente ni yo hubiéramos querido proseguir con aquel largo tratamiento á no ser porque siempre parecía que íbamos á obtener la curación. Muchas de las úlceras de las piernas se cicatrizaron, y la señora pudo andar, pareciendo indudable que se manifestaba alivio cuando se prescribía el mercurio. Sin embargo, las piernas no estuvieron nunca del todo bien: repetíanse las recidivas, y más arriba de las muñecas formábanse algunas úlceras que no se manifestaron antes. Curáronse al fin, mas dejando cicatrices de color lívido como las de las piernas. Durante todo el tratamiento, la Sra. D. pareció gozar de excelente salud, aunque algunas veces el mercurio ocasionaba diarrea y debilidad; pero si dejaba de medicarse algún tiempo, la paciente decía que nunca se había encontrado mejor.

Más tarde he visto otro caso en que el estado de las piernas era exactamente análogo al que ya he descrito. Esta vez tres ó cuatro de los más hábiles observadores de Londres sostuvieron con la mayor confianza que la afección debía ser sifilítica. Las piernas presentaban cierto número de úlceras diseminadas, del tamaño de una peseta, con un fondo gris de mal aspecto. El paciente, que era un hombre de cincuenta y cinco años, al parecer robusto, presentaba también una curiosa mancha en un brazo, de carácter lupoides, que asimismo fué considerada por todos como sifilítica; pero los antecedentes del enfermo eran del todo negativos. Era de familia sana, y negó que hubiese padecido nunca la menor enfermedad venérea. A no ser por mi experiencia de los dos casos anteriores, tal vez no habría dado importancia á la negativa; pero recordando que no

encontramos precisamente semejanzas en casos en que hay indudablemente antecedentes de sífilis, me incliné á suspender mi juicio. Al decir que no hallamos paralelos exactos, entiendo que no vemos casos en que, en el último período terciario de la sífilis, las erupciones ulcerosas se desarrollen en los miembros con exacta simetría. Este fué el carácter excepcional. En los tres casos, las dos piernas eran del todo semejantes, y en uno solamente los brazos se afectaron también simétricamente, aunque mucho menos que las otras extremidades.

En estos casos estudié cuidadosamente la lesión inicial, sobre todo en la Sra. D. No pareció siempre la misma, consistiendo unas veces en un nudo indurado subcutáneo, quizás alrededor de una vena ó linfático, y en otros casos en un tubérculo liquenoide grande, que progresaba poco á poco, desarrollándose alrededor de un folículo piloso. Después de desarrollada la ulceración, las úlceras tendían siempre á formar costras rupioides.

Vemos, por supuesto, muchos casos relacionados con la sífilis en que las úlceras se asemejan exactamente á las descritas, desarrollándose en las piernas; pero repito que no son constantemente simétricas, y que se dominan bien con el tratamiento específico.

COMENTARIO CLXXI

Afección lupoide del glande, probablemente en relacion con la sífilis

Doy mucha importancia á la generalización que aventuré en otras partes de este libro, respecto á que casi todas las verdaderas afecciones terciarias de la piel y de las mucosas son de carácter lupoide, entendiéndose por esto que van acompañadas de un proceso de infiltración celular que es contagioso para las partes adyacentes, y que se extiende en sus bordes indefinidamente, dejando cicatrices allí donde se consiguió la

curación. Las úlceras de esta especie no se ven nunca en el período secundario, ó con muy raras excepciones; mientras que son muy comunes en períodos de cinco á veinte años después de la afección primaria.

Las mucosas, lo mismo que la piel, se inflaman algunas veces con esta especie de inflamación serpiginosa. La dificultad del diagnóstico se refiere siempre al lupus común, y en muchos casos es del todo imposible determinar si el afecto debe considerarse ó no como específico. Yo lo he observado ocasionalmente en el glande, pues se ofreció un notable ejemplo en la persona de un dentista que me consultó: el glande presentaba grandes manchas de color amarillento rojizo, pero no ulceradas, y allí donde habían existido veíase una cicatriz, que se extendió lentamente en tres ó cuatro años. En la primera consulta manifesté mi convicción de que aquello debía ser sifilítico, pero el paciente me aseguró que no había aquejado nunca semejante enfermedad, aunque añadiendo que una vez consultó con un médico por tener unas úlceras en la garganta, las cuales consideró aquél como sifilíticas. En la segunda visita obtuve más datos, pues el paciente me dijo que veinte años antes había tenido en el dedo una úlcera ocasionada por lesión con un instrumento. Permaneció abierta tres meses, y un médico que la vió dijo que debía ser un chancro. Poco después de esto el sujeto se casó, y así él como su mujer tuvieron la garganta ulcerada casi al mismo tiempo.

De los quince hijos que tuvieron, sólo vivían cuatro. Semejantes hechos no dejaban duda de que aquel individuo padecía realmente sífilis y de que sus manchas lupoides se relacionaban con la infección.

COMENTARIO CLXXII

Sobre las manchas de color de café en las piernas

Hay una curiosa forma de erupción á que acostumbro dar ese nombre: se presenta lo más á menudo en las piernas,

pero á veces también en el tronco y en los brazos, consistiendo simplemente en manchas de color pardo amarillento, no espesadas ni escamosas. El matiz varía de intensidad en diferentes casos, pero siempre se asemeja al del café derramado. Las manchas tienen los bordes anfractuosos, son de diverso grandor y cerca de las mayores suele haber otras más pequeñas, como si fuesen producidas por infección; son en extremo persistentes; siempre se extienden poco á poco por los bordes, y no suelen ocasionar prurito.

En la mayoría de casos, esas manchas de color de café se hallan en las piernas de los individuos que han padecido sífilis, y algunas veces es muy marcada su relación con este mal. Creo que en muchos sujetos, sin embargo, no se observa semejante asociación. Es posible que se noten ligeras diferencias en los casos sífilíticos. Así, por ejemplo, obsérvase la tendencia á extenderse por los bordes, curándose en el centro, y á tomar la forma semilunar más bien que la redondeada. Después de desaparecer la enfermedad se podría observar, en algunos casos, con auxilio de una lente, que ha quedado una ligera condición de cicatriz. Una vez reconocido este hecho, claro es que el proceso morboso se asocia con el lupus. Cuando se puede establecer el diagnóstico de sífilis, y sobre todo cuando es dado reconocer los caracteres de una forma muy superficial de lupus serpiginoso, las manchas suelen ceder al tratamiento específico. En raros casos se ha visto producirse esta especie de erupción en toda la superficie. Cuando esto sucede, creo que es invariablemente sífilítico; y ahora voy á citar un notable ejemplo.

El Sr. C., hombre muy robusto, de buena constitución, me consultó sobre una erupción que le había quedado después de la sífilis, seis años antes. Mostróme unas grandes manchas de color de café en ambas piernas: apenas eran escamosas, ni estaban espesadas; pero podían haberse tomado por un pitiriasis ó un eczema seco, según la preferencia individual del dermatólogo. A mí no me dieron qué pensar, y habiendo procedido desde luego al examen del paciente, vi que los brazos y el tronco estaban cubiertos de manchas semejantes, cuya forma era en todas partes peculiar: en su mayoría eran nu-

mulares, reunidas no en líneas, sino en fajas irregulares y semilunares; en algunos sitios los bordes eran evidentemente agresivos, mientras en otros desaparecían. Las manchas eran bastante simétricas y abundaban, sobre todo, en la parte anterior de los brazos y el abdomen.

El Sr. C. me dijo que no se había sometido á ningún tratamiento para la erupción desde hacía cuatro años, y que no le ocasionaba molestia, como no fuese el no poder desnudarse delante de nadie. La historia de su sífilis reducíase á haber tenido seis años antes una úlcera que su medico le aseguró que «no era nada,» hasta que se manifestó la erupción. Esta fué general y tan grave que se formaron úlceras, y hubo además tumores verrugosos en el centro de la base de la lengua. Cuando aparecieron estos síntomas, prescribióse el mercurio en abundancia y manifestóse la salivación, tomando entonces el enfermo ioduro de potasio. Al cabo de algunos meses estaba aparentemente bien, y antes de terminar el año se dejó todo tratamiento. Poco tiempo después reapareció parte de la erupción y comenzó á ir en aumento con algunas variaciones. El Sr. C. no tenía más síntomas de sífilis persistente, como no fuese la induración del centro de la parte posterior de la lengua y alguna propensión á los tumores papilomatosos. El individuo era buen bebedor, fumaba mucho y disfrutaba excelente salud.

En este caso tenemos un ejemplo de erupción simétrica y general, ocurrida seis años después de los accidentes primarios, debiendo notarse, sin embargo, que no fué un nuevo ataque, sino la persistencia del que sufriera el año anterior; no una erupción del tipo secundario. El de la primera invasión fué muy distinto. El presente, con sus bordes que se extendían y sus formas semilunares, manifestaba una tendencia al carácter lupoide. Ninguna de las erupciones secundarias verdaderas se propaga por los bordes indefinidamente. Debemos considerar esto como una especie de lazo entre los períodos secundarios y terciarios, recordando que ocurrió en un paciente que en el primer caso tomó abundante mercurio, y que últimamente se abstuvo de todo tratamiento.

COMENTARIO CLXXIII

Grave erupción semejante al «liquen planus» después de un supuesto chancro de la mano: alopecia y otros síntomas, sin haber realmente sífilis.

Jamás he visto un caso que ofreciera tantas dificultades para el diagnóstico como el del Sr. A. Solicitó mis cuidados para que le tratara la sífilis (19 mayo 1885), y mostróme el sitio de un supuesto chancro de la mano. Había perdido el cabello, presentaba la garganta ulcerada y estaba cubierto de una erupción oscura; pero al fin deduje que el sujeto no padecía sífilis. Dicha erupción invadía las piernas y muslos, y formaba grupos de líneas ó manchas. Estas últimas eran muy oscuras; pero había otras muy claras en la espalda, y algunas en los brazos. Mi primera idea fué que se trataba de una perfecta simulación del *liquen planus* por la sífilis; pero después me pregunté si existía esta última afección. La úlcera que el paciente creyó ser un chancro, hallábase en el pulpejo del pulgar; estaba curada y sólo se veía una mancha oscura del tamaño de una peseta. El paciente creía haber contraído la enfermedad por la toalla de uno de sus dependientes que había padecido el mal y estuvo muy enfermo. Contra la creencia de que aquella mancha hubiese sido antes un chancro, había el hecho de que precisamente existía una mancha semejante en la otra mano, y que ambas se resintieron al mismo tiempo sin que acompañara ningún bubón. No se podían determinar las fechas con exactitud; pero sin duda la erupción se manifestó al cabo de un mes de haber comenzado el supuesto chancro, que nunca se ulceró. Describíalo el paciente como una especie de divieso aplastado que escocía de una manera intolerable.

Parte de la erupción había sido seca, formándose unas placas córneas en las palmas de las manos, exactamente como las del psoriasis sifilítico. En las últimas seis semanas el Sr. A. se quedó casi calvo: su cabello caía á mechones irregulares,

despoblándose casi todo el cráneo, y también las patillas. Nunca había visto yo una alopecia sifilítica exactamente como ésta, pues no hubo erupción en la cabeza ni en el rostro. Aunque al Sr. A. le dijo su médico que tenía una úlcera sifilítica en la garganta, nada encontré característico, como no fuese una congestión que podía ser catarral. Por otra parte, en apoyo de la sospecha de un liquen plano veíanse numerosas papulitas, pequeñas como granos de arroz, en los carrillos; pero ninguna de ellas ulcerada. La erupción ocasionó desde un principio un picor intolerable, tanto que el paciente había podido decir « que se rascaba hasta hacerse pedazos. »

La falta de bubón, la simetría en la supuesta lesión primaria, el picor de la erupción, la garganta sin ulcerar, las pápulas en las mejillas y la calvicie, me inclinaron á dudar sobre el diagnóstico de sífilis.

El Sr. A., contestando á mis preguntas, dijo que tenía las palmas de las manos naturalmente duras y secas, y que en cierta ocasión algunos años antes, sufrió una ligera erupción húmeda en el dorso de las manos. Añadió también que su piel estaba siempre irritada, con predisposición á enrojecerse.

En la hipótesis de que el caso fuese de liquen plano y no de sífilis, tenemos el curioso carácter de la calvicie, y el hecho de que la erupción fué precedida de manchas simétricas.

El Sr. A. tenía cuarenta y ocho años; era casado, y en su mujer no se manifestó nunca la sífilis.

Vi al Sr. A. otra vez en agosto, y pude escribir en mis notas que las manchas simétricas oscuras, tomadas por chan-cros, persisten en los dedos pulgares, aunque sólo con el carácter de meras manchas.

El cabello crece otra vez, del todo cano, y la alopecia no es completamente difusa, creciendo el cabello por mechones. Me llama la atención el hecho de que el vello de las piernas, donde se halla principalmente la erupción, no haya caído.

La palidez del cuero cabelludo y su canicie contrastan singularmente con el cuello curtido y muy oscuro.

En abril de 1886 escribí al doctor D. para que se informara del paciente, y supe que se había restablecido del todo. No había tomado ningún medicamento hacía cuatro meses, y

disfrutaba de excelente salud: sólo le quedaban algunas placas desnudas en el cráneo.

El restablecimiento resultó sin el uso de específicos, y creo podrá admitirse que la afección no era una sífilis.

COMENTARIO CLXXIV

Sobre ciertos errores en el diagnóstico

Tal vez no deja de ser útil intentar una breve enumeración de algunos de los errores más comunes en que pueden incurrir los que no tienen una experiencia especial en la sífilis.

En cuanto al chancre primitivo, nada es más común que emitir una opinión equivocada diciendo que no es infectante, solamente por no haber llegado el período de induración. El médico prudente no aventurará jamás su parecer sobre este punto hasta pasadas cuatro ó cinco semanas desde la fecha del contagio. También es preciso escuchar con mucha atención lo que diga el paciente respecto á las fechas. Algunas veces, las más insignificantes condiciones de induración pueden ser consideradas como características por el médico poco práctico; error dispensable en casos en que se cauteriza un chancre, pues la induración que subsigue entonces puede ser engañosa.

He conocido muchos ejemplos en que el *molluscum contagiosum*, manifestado en las partes genitales del hombre ó de la mujer, se tomara por un chancre; y á veces se cometió el mismo error en los raros ejemplos de un *molluscum contagiosum* en el cuerpo de un adulto. La *tiña versicolor*, á causa de su color pardusco amarillento, equivócase á menudo con una erupción secundaria cuando se descubre en un paciente que ha tenido un chancre; y la misma observación es aplicable al acné común y á la erupción eritematosa que sigue al uso de la copaiba. Cuando la erupción sifilítica es de forma semejante á la viruela, con frecuencia conduce á errores, según ya dije

en otro lugar. Muchas veces he visto pacientes atacados de esta erupción, á los cuales se dejó aislados creyéndose que aquejaban verdaderamente aquel exantema. Si se fija bien la atención en las fechas y en las temperaturas, sin duda se evitará semejante equivocación, muy fácil de cometer si se considera sólo el carácter de la erupción.

Las erupciones que ocurren como recidivas después de haberse medicado el paciente largo tiempo, cesando después, se asemejan á veces á la escarlatina, y las he visto tratadas como tal. Por otra parte, es muy común equivocar las erupciones que resultan sólo de la erupción ocasionada por la camiseta en el pecho y en los brazos, atribuyéndolas á la sífilis. En todos los casos en que la erupción se limita á las regiones que toca la camiseta interior sin manifestarse en la cabeza, en el rostro y los miembros, sean cuales fueren los antecedentes del enfermo, se debe sospechar que probablemente no es sífilis, y se debe sólo á la camiseta.

COMENTARIO CLXXV

Sobre los depósitos periósticos sin ninguna evidencia de sífilis

Los ejemplos de depósitos periósticos, es decir, de espesamientos locales limitados, en relación con la superficie de los huesos, son tan raros cuando se refieren á la sífilis, que su presencia se suele considerar casi como patognomónica de esa enfermedad. Sin embargo, es preciso tener un poco de prudencia en este punto, pues parece haber algunos casos en que las condiciones ordinarias de los nódulos sífilíticos son simuladas exactamente, mientras que no hay prueba alguna de que exista la infección. La influencia de los medicamentos específicos no nos sirve tampoco de mucho, porque el ioduro de potasio es útil en todas las afecciones óseas, bien sean reumáticas ó sífilíticas, ó ya se relacionen con otras causas. Puede ofrecer interés referir los pormenores de dos casos en que se desarrollaron estos depósitos, siendo muy marcados

los antecedentes negativos. Sé muy bien que ni en ellos, ni tal vez en ninguno, es posible estar del todo cierto en cuanto á la falta de la infección. En el primero de estos casos se trataba de un muchacho de diez años que me fué presentado por su padre, quien tenía otros hijos mayores, muy sanos. El niño presentaba en el lado derecho de la cabeza, más arriba de la sien, una considerable tumefacción bien marcada: era tan grande como la palma de la mano, y tan gruesa en el medio que se distinguía muy bien á la simple vista. Pade-
cía hacía algunos meses, y su formación fué acompañada de poco dolor, ó ninguno. No había síntomas de sífilis hereditaria, y el padre negó su posibilidad, no faltándome razones para creerlo así, pues conocía á los padres y al paciente. Como no había indicaciones de la formación de ningún absceso, sólo pude hacer el diagnóstico de la tumefacción, considerándola como un tumor ó un depósito. El ioduro de potasio en combinación con el de hierro bastó para que desapareciera en pocos meses toda señal de hinchazón. Este caso ocurrió hace muchos años, y nada ha sucedido desde entonces para arrojar alguna luz sobre la naturaleza de la periostitis. El niño no era estrumoso ni reumático en ningún grado definido.

Mi segundo caso es el de un caballero de treinta y nueve años, que me fué enviado por el doctor Weller. Le vi por primera vez en octubre de 1883, y aquejaba una exostosis en la parte inferior de la tibia derecha. La tenía hacía siete ú ocho años, y no le causaba dolor. Negó todo antecedente de sífilis, y díjome que era padre de dos niños muy sanos. Vi á este paciente otra vez en 1886. En el tiempo transcurrido, á causa de faltarle la salud y haber sufrido varios ataques de hemoptisis, se trasladó á otro punto; pero la exostosis, aumentando considerablemente, se extendió por la tibia. Aun no le causaba dolor, á menos de golpearle, y nunca le quitaba el sueño. La primera vez le receté el ioduro de potasio, que tomó por espacio de seis meses sin efecto alguno, manteniéndose la exostosis estacionaria por algún tiempo. Por último me dijo que había cesado el tratamiento, y que la exostosis progresaba gradualmente. No existieron otras indicaciones de sífilis.

COMENTARIO CLXXVI

Sobre una forma notable de periflebitis en el periodo terciario de la sífilis

El siguiente caso es un ejemplo muy interesante de periflebitis relacionado con la sífilis. Un arquitecto, el Sr. C., hombre de cincuenta y dos años, me fué enviado por el doctor R., á causa de aquejar un considerable goma difuso en la pierna izquierda, cerca del cual observé manchas oscuras de antiguas úlceras. Mi diagnóstico fué de una infiltración gummatosa manifestada alrededor de las venas, pues estaba dispuesta en líneas convolutadas, y desde sus bordes proyectábanse gruesos cordones indurados que indicaban una trombosis venosa. Veíase claramente que la induración se debía, en primer lugar, sin la menor duda, á los procesos efectuados fuera de los vasos. La masa indurada, situada más arriba del tobillo, tenía la anchura de la mano y extendíase hasta mitad de la pierna. El diagnóstico de sífilis se confirmó por el resultado del tratamiento: prescribióse el ioduro de potasio con mercurio, comenzándose el 12 de febrero; el 24 el paciente estaba mucho mejor; á fines de marzo toda la masa había desaparecido, y sólo quedaba una cicatriz subcutánea con muchas manchas de color pardusco. En abril se dejó todo tratamiento, y no volví á ver al Sr. C. hasta el 18 de diciembre. Entonces, aunque conservaba buena salud, habíase desarrollado una nueva perturbación local. La otra pierna, la derecha, le inquietaba mucho hacía dos meses; siendo tal el dolor y la picazón, que el paciente no podía andar. Díjome que una mañana, dos meses antes, estaba trabajando en su despacho cuando de pronto el pie se le quedó como dormido; siendo en la noche de aquel día y las siguientes tan fuerte el dolor del pie y de la pierna, que no pudo conciliar el sueño. No había mucha sensibilidad en ninguna parte, pero el pie estaba frío y adormecido, y el paciente no podía conservarlo

mucho tiempo en la misma posición. Estos síntomas habían persistido durante los dos meses anteriores á la fecha en que yo vi al Sr. C.; pero mejoraba poco á poco. Lo que más le preocupaba entonces era la pierna, que le dolía si andaba mucho. Durante dicho tiempo tampoco le fué posible recorrer de una vez un espacio de más de doscientas varas. No había habido pérdida local de la sensibilidad, ni parálisis de ningún músculo: el dolor invadió todo el pie y la parte inferior de la pierna. Para buscar la explicación de estos curiosos síntomas, invité al paciente á desnudarse y comparé los dos miembros: en ambos latían tan débilmente las arterias tibiales, que no se sentían con seguridad, pero no se marcaba la menor diferencia entre los dos lados, y la temperatura de ambos pies era igualmente normal. El Sr. C. me hizo fijar en una tumefacción que había en el centro del muslo derecho: era fusiforme, y ocupaba exactamente la posición de los vasos en la parte superior del canal de Hunter. En mi concepto no podía dudarse que se debía al espesamiento alrededor de la vena, y así lo consideró el doctor R. durante todo el tratamiento; mas no se podía asegurar si interesaba ó no la arteria: no había latidos relacionados con aquél, pero se podía reconocer la arteria hasta su vértice superior. Esta tumefacción no dolía nada, y el Sr. C. me dijo que la vió por casualidad un mes antes de entorpecerse el pie, y que era antes mucho mayor. Su disminución y la mejoría en los demás síntomas se manifestaron cuando el paciente tomaba el medicamento que le receté la primera vez (ioduros). Aunque el Sr. C. aseguró que el pie de la parte afecta estaba más frío que el otro, no encontré indicación alguna que anunciase la gangrena; y los dos pies eran tan semejantes cuando yo le vi, por lo que hace al calor y color, que apenas puedo creer que la arteria estuviese obliterada. La carencia de dolor en la tumefacción, su mejoría con el tratamiento específico y el hecho de haberse manifestado después de un goma flebítico en la otra pierna, hacen muy probable que se debieran en realidad á la sífilis.

A fin de completar el caso, referiré ahora los antecedentes del ataque de sífilis, pues hay algunos hechos de mucho valor.

El Sr. C. contaba diez y nueve años de casado, durante los cuales tuvo seis niños muy robustos. La sífilis le atacó á los diez y ocho años, es decir, treinta y cuatro antes de verle yo; se sometió al tratamiento por espacio de tres meses, y, en cuanto recordaba, nunca tuvo ninguna erupción, y después de curarse no se manifestó ningún síntoma durante veintidós años. Entonces apareció una úlcera en una pierna. El médico con quien consultó le dijo que era sifilítica, y la curó muy pronto con el tratamiento específico. Dos años después, el sitio donde estuvo el primer chancre comenzó á irritarse; manifestóse una ulceración y al fin se curó con el ioduro. El paciente no aquejó ya ningún síntoma por espacio de cinco años, pero á principios de 1882 necesitó medicarse de nuevo para curarse algunas úlceras. Ya no volvió á tener nada hasta que se formó el goma flebítico de la pierna derecha, como ya hemos indicado. La salud en general fué siempre buena, y los niños se conservaron sanos y robustos.

COMENTARIO CLXXVII

Sobre el psoriasis palmar

Las afecciones á que se da el nombre de *psoriasis palmar* varían mucho de carácter cuando se asocian con la sífilis, y revisten distintas particularidades según el período especial de la enfermedad durante el cual se manifiestan. Las que se presentan en los últimos períodos de la sífilis ofrecen á menudo grandes dificultades para el diagnóstico, pudiendo ser imposible decir si son realmente de naturaleza específica ó se deben á causas locales. Dos casos que yo observé una misma mañana pueden servir de ejemplos de tales diferencias.

Un joven cuyo primer chancre databa sólo de cinco meses, tenía las palmas de las manos cubiertas de manchas en que el epidermis estaba agrietado, viéndose algunas costras escamosas. Hallábanse separadas, y su tamaño variaba desde el de un guisante á una pieza de cinco céntimos. Ambas manos pre-

sentaban condiciones análogas, y también había manchas en las plantas de los pies. Estas condiciones coincidían con una erupción de psoriasis en la frente, el cráneo, los hombros, el cuello y los miembros, viéndose también úlceras en la base de la lengua y á los lados del paladar. En el tronco se veían también algunas manchas, pero no muchas. En todas partes la erupción tendía á revestir los caracteres del psoriasis, pero las costras eran delgadas como en la forma sifilítica. El paciente no se había tratado lo bastante con ioduro de potasio, y por esta causa persistieron los síntomas. Los dos chancros, uno en el meato y otro en el frenillo, apenas habían desaparecido. Aquí tenemos, pues, un buen ejemplo de un verdadero psoriasis sifilítico, manifestado como parte de la erupción secundaria, y le vemos afectando las palmas de las manos y no el dorso. También presentaba la acostumbrada peculiaridad de tener un color de cobre rojizo.

El otro paciente era un caballero de cincuenta y tres años, de excelente salud, que había padecido sífilis diez y nueve años antes. La primera vez le visitó el doctor Parker, y se le curó con los baños mercuriales, al parecer bastante bien, pues no volvió á padecer hasta los últimos seis años, durante los cuales la palma de la mano izquierda fué atacada de psoriasis. La condicion era un ligero eritema que afectó la cara palmar de la mano y todos los dedos, extendiéndose por la parte anterior de la muñeca, donde aparecieron algunas manchas.

La palma estaba simplemente seca, rubicunda y áspera, presentando resquebrajaduras epidérmicas. No había acumulaciones escamosas, ni fisuras, ni dilatación de los bordes de las manchas: el estado, esencialmente difuso, interesaba la palma y no otra parte. La otra mano no se había afectado apenas, y notábase sólo un poco más de rubicundez y sequedad de la natural. El otro y único síntoma de sífilis era la esclerosis superficial de la lengua, en la que el paciente creía que se había formado últimamente un bulto; mas era tan poco marcado, que apenas podía asegurarse su existencia. El estado de psoriasis difuso de la palma de la mano, como en este caso, es muy común en los últimos períodos de la sífilis; pero es casi imposible asegurar si se debe ó no á esta enfermedad.

Sin duda influye mucho la irritación local, el uso de instrumentos, etc., de la propia manera que la atrofia esclerósica crónica de la mucosa de la lengua se produce por la costumbre de fumar.

Si comparamos los dos casos, notaremos que el psoriasis palmar del período secundario es siempre simétrico, mientras que el del terciario no lo es sino accidental y excepcionalmente, consistiendo el primero en manchas que no son difusas; pero el principal carácter de la diferencia clínica se refiere á la influencia de los medicamentos. El psoriasis del período secundario se desvanecerá rápidamente con el uso del mercurio; mientras que el otro persiste años á pesar del tratamiento, sobre todo si el paciente continúa sirviéndose de la mano de manera que se haga presión sobre la palma.

Si bien podemos conceptuar estos dos casos como propios para ilustrar los dos extremos de las erupciones palmarias sifilíticas, también debe observarse que entre ellos tenemos otras variedades con su aspecto particular. En breves períodos (dos ó más años, por ejemplo, desde el principio de la enfermedad) veremos á veces manchas de contornos bien marcados y de considerables dimensiones, con los bordes inflamados que se extienden en forma de herradura. Estas son siempre, con seguridad, sifilíticas; pero en ellas influyen poco las causas locales y se dominan pronto con la medicación. Si no se tratan, duran años, y poco á poco pasan al tipo que hemos indicado como terciario. A veces afectan solamente una palma, y otras las dos.

Aunque en general ceden al tratamiento, hay casos en que resisten de una manera extraordinaria, aunque ceden por último de una manera que prueban su naturaleza específica. Una vez traté de la manera acostumbrada á un hombre que padecía mucho á causa de psoriasis de una mano. Le cuidaba antes el doctor Falconet; y como no curara tan pronto como deseaba, confiése á un charlatán, que le frotó la mano de tal manera con mercurio, que el hombre estuvo á punto de morir por efecto de la excesiva salivación. Debíó guardar cama algunas semanas y se le cayeron la mayor parte de los dientes.

Su psoriasis palmar se curó, sin embargo, de un modo

permanente. En otro caso, un comisionista, hombre de muy buena salud, se sometió á mi tratamiento por espacio de diez y ocho meses, y tomó mercurio al interior, usando también las unciones, sin que por esto se curase de una mancha de psoriasis en la palma de la mano. Por último le receté la pomada de iodoformo, y mediante su uso desapareció la mancha en quince días. La palma de la mano quedó suave, y, aunque han transcurrido ya ocho ó diez años, no se ha vuelto á repetir el mal. La circunstancia de no haber recidiva una vez completada la curación, es un carácter muy importante de la forma que se manifiesta en períodos comparativamente precoces, lo cual nos ofrece un incentivo para perseverar en un tratamiento enérgico, probando nuevos remedios si el éxito se retarda. En el citado caso usáronse localmente, durante algunos meses, todas las variedades de pomada mercurial antes de probarse el iodoformo; y aquí debo decir que jamás se ha visto que este medicamento obrase de una manera muy marcada en esta dolencia. En cuanto á las formas de psoriasis producidas en períodos muy tardíos, suelen mejorarse por el tratamiento, pero rara vez se curan; y por este concepto nos ofrecen un íntimo paralelo con las afecciones crónicas de la lengua que á menudo las acompañan. Creo que también se puede establecer un paralelo importante entre ellas y ciertas perturbaciones lentamente agresivas del sistema nervioso, que se manifiestan en el mismo período de la enfermedad y son igualmente refractarias á la curación. En ese psoriasis palmar difuso, que á menudo coincide con la esclerosis difusa de la lengua, vemos cambios asociados al principio con un eritema que conduce á la atrofia, distintamente limitados á partes especiales, pero agresivas en ellas durante muchos años. Se alivian con los específicos, pero rara vez se curan del todo, y siempre son difíciles de diferenciar de los tipos semejantes de afecciones que no reconozcan causa específica. Así sucede en la ataxia locomotriz después de la sífilis, que á menudo se presenta muy insidiosamente y con frecuencia parece ser excitada por causas de agotamiento especial, así como el psoriasis palmar por compresión local (instrumentos, bastones para apoyarse, etc.). En el caso que he citado dióse la curiosa

circunstancia de haber notado yo que las pupilas eran muy pequeñas, y al proceder á su examen reconocí que no se dilataban en la oscuridad y que en la acomodación se contraían más aún. En el paciente quedó abolido el reflejo rotuliano. No había experimentado dolores definidos en los miembros, ni perdido tampoco la fuerza de mantenerse fijo con los ojos cerrados; mas á pesar de esto no podía dudar que estuviese en el primer período de ataxia.

Al considerar el psoriasis palmar como un síntoma de sífilis terciaria, debemos proceder con mucho cuidado. Creo que en algunas partes predomina la idea de que casi invariablemente indica sífilis; pero no puedo participar de tal opinión, pues en la mitad de mis casos tuve razones para creer que aquélla no había existido nunca.

COMENTARIO CLXXVIII

Infección de una esposa por un chancro recidivante inmediatamente después del casamiento: historia de los niños: lengua con sarpullido en la sífilis hereditaria.

El siguiente caso presenta algunos caracteres nada comunes. Es uno de los muy pocos (creo que sólo dos ó tres) en que se siguieron malos resultados á un casamiento que yo mismo sancioné.

El Sr. C., de veintiocho años, se sometió por primera vez á mi observación en mayo de 1875. Había tenido chancros primitivos dos veces, dos años antes, los cuales se repitieron nueve meses más tarde. La primera vez no hubo erupción, pero la segunda se presentó simultáneamente con el chancro, y era dudoso si este último se debió á un nuevo contagio ó fué solamente una recidiva. El médico que trató al paciente me aseguró que aquello no había sido nunca más que una escoriación en el glande. Para curarse tomó dicho sujeto mercurio, hasta salivación, antes de que yo le viera; y bajo el supuesto de que todo era debido á la primera infección, tal vez

se refrenaron los síntomas por el específico. Vi al Sr. C. de nuevo al cabo de un año, en 1876, y entonces me recordó que la primera vez le aconsejé que tomara píldoras durante este tiempo. Esta medicación le había causado tan espantosos dolores de cabeza, que fué necesario cambiar el mercurio por el ioduro de potasio. La quinina y el mercurio empeoraron dichos terribles dolores; pero después de un largo tratamiento se curó, al fin, con el ioduro de potasio. En agosto de 1876, exactamente dos años después de la supuesta segunda infección y más de tres de la primera, el Sr. C. se casó con mi permiso, pues había estado algún tiempo aparentemente bien; pero pocos días antes del matrimonio aparecieron algunas úlceras en la garganta: ya era demasiado tarde para diferir el enlace. Su esposa concibió casi inmediatamente, y á los tres meses hallábase cubierta de una erupción sifilítica. Aunque no había observado ningún chancro primario en las partes genitales, es muy probable que tuviera uno, pues en el Sr. C. se reprodujo la erosión en el glande inmediatamente después de su matrimonio. Traté á la Sra. C. con mercurio durante su preñez, pero la afección se prolongó largo tiempo (como no estuvo á mi cuidado, no puedo dar detalles).

La historia de los niños es la siguiente: El primero y el segundo nacieron, prematuramente muertos, á los siete meses; el tercero, que vió la luz en 1881, vióse aquejado de una erupción en su infancia, pero se restableció del todo con el tratamiento; y el cuarto, nacido en 1883, padeció el mismo mal más gravemente, pero también curó por completo. Estos dos últimos eran niños. Volví á verlos á fines de 1886. Parecían muy robustos, y en nada hubiera yo reconocido en ellos infección alguna. Pero en ambos los dientes incisivos superiores eran flojos, y el segundo tenía lo que llaman en Inglaterra *lengua con sarpullido*.

El mismo Sr. C. estuvo á mi cuidado en 1883 á causa de cierto dolor en la pierna que le molestaba mucho al andar. No había ningún otro síntoma de ataxia, y me incliné á creer que el mal era debido á la herencia de la gota. Su mujer se sometió también á mi tratamiento para curarse un goma ulcerado, detrás de la rodilla, que se presentó á fines de 1884. Lo

mismo que su esposo, quejábase mucho de dolor en la pierna, y también le molestaban algunas veces las cefalalgias.

Es indudable que en este caso los niños nacieron de una madre que había padecido un fuerte ataque de sífilis secundaria después de su casamiento. Ignoro cuál fué la más remota afección del padre, y no hay nada de muy particular en el hecho de que los cuatro niños padecieran sucesivamente. Si son verdaderos los datos consignados, vemos que un hombre que había tenido un chancre primitivo dos años antes, era todavía capaz de infectar á su esposa. Pero podía suponerse que tal vez se contagió de nuevo antes de casarse. Si rechazamos esta suposición como improbable, se podrá decir, por lo menos, que, como el Sr. C. no había tomado nunca mucho mercurio, esto explica la prolongada duración de la infección activa, prescindiendo de que este medicamento no le convenía y hubo de tomar ioduro. Es posible que el chancre se reprodujera dos veces después de largos intervalos.

CAPITULO XI

Casos y comentarios relativos á la trasmisión hereditaria de la sífilis

COMENTARIO CLXXIX

Casos que ilustran el valor profiláctico del mercurio respecto á la prole, y que también prueban de una manera muy definida la asociación de la keratitis intersticial con la infección hereditaria.

Un caso que pude observar en 1879 ofrecía mucho interés respecto á las leyes de la herencia.

Un caballero que había perdido varios hijos me fué recomendado en 1875 por el doctor West, quien me indicó que se le debía tratar por una infección latente. Supe que había estado casado cinco años y que la primera concepción de su esposa terminó con un aborto, habiendo padecido ella misma entonces una erupción. El siguiente niño nació muerto; el tercero falleció á las tres semanas; y el cuarto, una niña, había estado siempre muy delicada. El padre confesó que había tenido sífilis á los dos años de su casamiento, mas no conser-

vaba señales. Yo opiné, conforme con el doctor West, que marido y mujer debían medicarse largo tiempo con mercurio á fin de librarse de la infección. Hízose así, y el siguiente niño murió á los seis meses, aunque sin señales de nada específico. Después la esposa dió á luz otros dos, que vivieron, al parecer, libres de la infección. Se verá que, de los hijos que nacieron antes de comenzarse el tratamiento mercurial, sólo uno había sobrevivido: la niña; pero cuando ésta tuvo cerca de cinco años, comenzó á padecer de inflamaciones de los ojos, y, no sabiendo que ya conocía yo á la familia, me la envió. Observé que la córnea izquierda se hallaba en su estado característico de vidriosidad, y un mes más tarde el otro ojo se afectó también. La niña estaba bastante desarrollada, pero su nariz hundida y frente abultada comunicábanle una fisonomía muy sospechosa. Creo que ahora no hay muchos exceptúos en cuanto á la asociación entre la keratitis intestinal y la sífilis hereditaria; mas, para los que lo fuesen, los casos como éste (he visto muchos paralelos), en que los antecedentes de familia eran conocidos de antemano, hallándose determinado el hecho de la infección del niño antes de producirse la keratitis, son un ejemplo muy instructivo.

También quisiera que se fijase la atención en la circunstancia de que después del tratamiento mercurial los padres tuvieron hijos sanos, mientras que todos los demás sufrieron antes; pero se puede suponer que el trascurso de tiempo fué suficiente para que la infección se extinguiera.

COMENTARIO CLXXX

Curabilidad de la sífilis en los padres y la prole

El siguiente caso tiene algún valor como prueba de la curabilidad de la sífilis así en los padres como en la prole, y creo que el ejemplo es uno de los que se ven diariamente.

El doctor N. y su esposa padecieron sífilis poco después de casarse, y la señora con especial gravedad. A los dos se les

trató con mercurio durante largos períodos, y la cohabitación continuó. En dos partos prematuros los niños nacieron muertos. Después hubo otras dos criaturas que vivieron sin presentar el menor síntoma. El mayor de ellos fué concebido tres años después de la enfermedad de los padres, y á la edad de dos y medio era un robusto niño. Los padres parecían estar bien y ninguno de ellos necesitó un tratamiento de cinco años, pues á los dos de adquirir la enfermedad quedaron libres de ella, tanto que eran capaces de engendrar criaturas sanas. Comprendo, sin embargo, que esto no implica la seguridad de que estarán libres de la afección en lo futuro.

COMENTARIO CLXXXI

Caso en que el primogénito de una madre que había sufrido sífilis escapó de la infección en la infancia, mientras que el segundo padeció gravemente.

Hace muchos años vi con el doctor Cooper un caso muy interesante de *heredito-sífilis*. Nuestro paciente era un niño de tres meses, nacido del todo sano al parecer, pero que luego tuvo una erupción sifilítica y quedó muy demacrado. Los padres, aparentemente sanos, contaban tres años de matrimonio, y antes de casarse la madre contrajo un chanero en el labio por haber besado á un hermano que tenía sífilis. Este chanero fué reconocido como tal. Siguió una erupción y se trató con mercurio á la paciente, que se casó un año después, habiendo estado unos seis meses al parecer buena. El primogénito, una niña, no presentaba ningún síntoma, pero á los seis meses murió á consecuencia de una afección catarral. Durante su vida de casada, la madre estuvo libre de síntomas, y parecía del todo buena cuando se me consultó sobre su segundo hijo.

El padre no había tenido nunca sífilis.

Aquí tenemos un caso para demostrar que una madre en quien la infección ha estado latente por espacio de tres años, puede engendrar una criatura destinada á sufrir gravemente,

y que un primogénito puede escapar en la infancia de los efectos de la infección materna.

Sería cuestión interesante determinar si el sexo de la criatura ejerce alguna influencia sobre su propensión á sufrir. La criatura que escapó era una niña, y la que padeció varón, siendo la infección sólo de la madre. Llamo la atención sobre este hecho, sin asegurar que tenga importancia. Inútilmente he buscado alguna ley respecto á la diferencia de la gravedad de la sífilis hereditaria en ambos sexos. Sin embargo, por ahora parece un hecho establecido que la mayoría de los que padecen iritis en la infancia y keratitis en la adolescencia son hembras.

COMENTARIO CLXXXII

Sífilis hereditaria en dos hermanas, siendo la más joven la que más padeció

En 1861, un hombre llevó al Hospital de Moorfields dos niñas, hijas suyas, que padecían keratitis intersticial. En ambas comenzaba la inflamación de las córneas, aunque la mayor tenía doce años, siendo la menor de nueve. Esta última parecía sufrir más que la otra, y su fisonomía y dientes eran característicos; mientras que la mayor presentaba pocas particularidades en el rostro y tenía los dientes perfectos.

Cito esto como una importante prueba de la gravedad desigual en la sífilis hereditaria, independientemente del período transcurrido desde la enfermedad de los padres. Era incuestionable que ambas hermanas habían padecido; pero la mayor había casi escapado aparentemente de los síntomas comunes en el período infantil. El caso tiene interés también, porque demuestra como la infección puede existir latente, ó poco menos, hasta el tiempo en que se declara la keratitis. Si la hermana menor hubiera padecido tan ligeramente como la mayor, el caso habría parecido confirmar por mucho la creencia común de que la infección disminuye con el tiempo.

COMENTARIO CLXXXIII

Sobre la herencia por ambos padres

La herencia resultante de ambos padres en vez de uno solo, no ocasiona probablemente mayor diferencia en el niño que la que produciría la vacuna en los dos brazos en lugar de uno solo. La transmisión será más segura, pero no intensifica en un grado material la enfermedad hereditaria.

La escarlatina es la misma enfermedad cuando se contrae por simultánea infección de ambos padres que cuando proviene de uno solo, y no es probable que haya una ley diferente en el caso de la sífilis. Es imposible intensificarla ni alterarla: es una enfermedad específica, y necesariamente ha de ser completa, sin que haya posibilidad de que sea otra cosa. El contagio de un solo origen es suficiente para que dé todo el resultado, y aunque venga de dos partes no se agrava. Sin duda no es tan absurdo pensar que la enfermedad será más rigurosa cuando la transmisión proviene de ambos padres, como suponer que la afección adquirida es peor cuando hay dos chancros. Al decir esto no olvido que la multiplicidad por parte de una lesión primaria, como por ejemplo en la vacunación, agrava tal vez ligeramente la enfermedad.

COMENTARIO CLXXXIV

Caso que ilustra la aparente inmunidad de los niños cuando ambos padres han tenido sífilis y la madre sigue presentando síntomas.

Cierta mujer fué al Hospital de las Enfermedades de la Piel, en noviembre de 1878, aquejada de extensas ulceraciones sífilíticas en la frente y cicatrices en los brazos. Dijo que

había tenido lo que ella consideraba como *el mal*, que provenía de su esposo desde cinco años antes, habiendo padecido ella desde entonces. A pesar de esto, durante los últimos cuatro años dió á luz tres hijos, todos los cuales vivían libres de síntomas, según la paciente. Llevaba consigo al menor, de seis meses, que parecía del todo sano; yo le pregunté si su esposo había presentado síntomas de la enfermedad.—Mi marido lo niega,—contestó;—pero yo no he sido tan tonta que lo creyese.—De esta declaración resultaba cierto que el marido no sufrió nunca de una manera marcada, y que durante el período á que la mujer se refería, disfrutó, al parecer, de buena salud. En cuanto á los niños, podía ser muy bien que la inmunidad fuese aparente y no verdadera, hallándose expuestos á sufrir más tarde. El caso tiene su valor como prueba de que una madre que padece continua y rigurosamente, puede dar hijos aparentemente sanos. Las sospechas de la pobre mujer eran muy vivas; y si cualquiera de las tres criaturas hubiesen presentado la menor cosa, es seguro que ella lo habría observado y recordado.

COMENTARIO CLXXXV

*Sífilis transmitida á una sucesión de hijos por la madre:
algunos hechos curiosos*

El Sr. H. se había comprometido á contraer matrimonio con una joven de quien estaba muy prendado; pero antes del matrimonio esta última confió á su futuro el secreto de que había sido seducida antes. El joven persistió, sin embargo, en el enlace, que resultó, en mi opinión, á pesar de los enojos que debo recordar, un feliz matrimonio. La mujer estaba aparentemente buena cuando se casó, pero sólo había trascurrido un año desde que padeció la sífilis. Estuvo buena durante toda su vida de casada, pero todos los hijos que tuvo, uno tras otro, sufrieron igualmente: todos ellos me fueron presentados con síntomas indudables, y los curé por medio de espe-

cíficos. El padre me los llevaba siempre para que yo no viese á la madre: negaba que él hubiese padecido nunca sífilis, y jamás me explicó lo que sabía en cuanto al verdadero origen de la infección. A mí me sorprendió mucho observar que, mientras negaba rotundamente que él hubiese padecido dicha enfermedad, se empeñaba en que los niños fuesen tratados como si la tuvieran. Uno de los mayores padecía una perioritis, tenía un absceso cerca del codo y murió caquético. Hubo un aborto, y un niño nació vivo, pero falleció á las veinticuatro horas. Fuera de estas excepciones, todos los niños fueron creciendo, y hoy día viven siete.

Después de haber tratado á cuatro sucesivamente, el señor H. se me presentó una mañana por su propia cuenta, pues aquejaba una erupción escamosa sifilítica. Al buscar el chancre supe que su primer síntoma había sido una ulceración de la garganta, y que la úlcera ocupó solamente un lado. Durante dos meses habíase confiado á un especialista para curarse aquélla antes de que la erupción se manifestara. Al examinar la lengua, reconocí los restos de lo que seguramente había sido un chancre, y el hombre lo explicó diciendo que se había envenenado la boca con el biberón que servía para amamantar á los niños, lo cual se confirmaba en el hecho de que uno de sus hijos tenía entonces la boca sifilítica. El paciente no presentaba señal de chancre en las partes genitales. Durante esta visita me refirió por primera vez la historia de su esposa.

Vi al Sr. H., á su mujer y á toda la familia en su propia casa, á los seis años de haber ocurrido el incidente que acabo de citar. La mujer, falta de salud, padecía una leucorrea y tenía tumefacto el cuello del útero. Los dos ó tres niños menores no presentaban síntomas; y el hecho es curioso, si recordamos que el padre, antes libre, había padecido últimamente.

De los siete niños no había uno solo en quien se pudiese reconocer, por la fisonomía ó los dientes, que había sufrido sífilis, aunque de cuatro podía yo asegurar que sí. Todos estaban, al parecer, muy sanos, y ninguno de ellos había padecido keratitis, ni tampoco ninguna de las otras secuelas de la

enfermedad. Debe observarse que todos fueron tratados con mercurio en la infancia. Si los menores no heredaron de su padre, esto debe atribuirse á la eficacia del tratamiento á que se les sometió.

COMENTARIO CLXXXVI

*Cuando una mujer embarazada contrae sífilis durante su preñez
¿cuál es el efecto en el feto?*

El feto puede presentar todos los síntomas de la sífilis hereditaria, lo mismo que si hubiese recibido el virus en la fecha de la concepción; mas no se sigue de aquí, al admitir este aserto, que semejante paralelismo sea universal. Puede suceder así en algunos casos y no en otros. Los más de los hechos de mí conocidos, que me permiten consignarlo así, refiérense á casos en que la infección se comunicó á la madre en los últimos tiempos de su embarazo. Puede suceder algo muy diferente en los primeros meses, y yo dudo mucho que sea probable que una mujer llegue al fin de su gestación cuando ha sufrido sífilis constitucional en los primeros meses. El desarrollo intrauterino se verificaría probablemente, y en la mayoría de casos destruiría la vida del feto. Debemos conjeturar que es menos verosímil que la latencia se produzca en un feto bajo tales circunstancias que cuando el germen se contamina en la concepción.

De todos modos sabemos de cierto que la latencia hasta al nacimiento es la regla en las últimas circunstancias, y no la conocemos bajo las primeras; pero nuestra ignorancia es simplemente resultado de la escasez de los casos que se conocen. La siguiente historia es una prueba de ello.

COMENTARIO CLXXXVII

*Sífilis grave en una mujer embarazada: tratamiento mercurial:
el hijo libre de síntomas*

La inmunidad del feto, aparente ó verdadera, en circunstancias de grave peligro ostensible, es á veces muy extraordinaria. Para los que sostienen que una madre que contrae sífilis durante la preñez no puede infectar al feto, el siguiente relato aparecerá como conforme á la regla y ofrecerá una confirmación de su excepticismo. Para los que juzgan de otro modo, es un hecho notable y excepcional.

Hace algunos años vi, acompañado de un entendido médico, una joven viuda embarazada de su primer hijo, y que padecía la enfermedad por su marido, que acababa de morir. Tenía una copiosa sífilide y muy ulcerada la garganta. Le prescribimos mercurio á la dosis de seis centigramos de polvo gris. Esto se hizo á principios de junio, y la paciente parió en agosto.

El niño no presentó nunca síntoma alguno, y á la edad de cuatro años estaba muy bueno y sano, sin haber necesitado nunca tratamiento. La madre amamantó á la criatura por espacio de cuatro meses, durante los cuales fue tratada con mercurio, y desde entonces no necesitó más medicación. Yo la vi en octubre de 1885, y no conservaba el menor vestigio de sífilis. Su niño seguía también muy sano.

En este caso habíase vigilado cuidadosamente á la criatura desde que nació, y no se pudo reconocer un solo síntoma.

Se observará que ni el padre ni la madre tenían sífilis en la fecha de la concepción del niño. El esposo la contrajo después del casamiento, hallándose de viaje, y comunicóla á su mujer en el segundo mes de su embarazo. El ataque fué muy fuerte, y la erupción comenzaba á desaparecer cuando el niño nació. Para explicar la inmunidad de la criatura podría su-

ponerse que el mercurio tomado por la madre durante la preñez y la lactancia influyó en el feto.

También podría suponerse que la inmunidad del niño era sólo aparente y no verdadera, pues los que heredan la sífilis no presentan á veces ninguna señal en la infancia: es preciso esperar para ver.

COMENTARIO CLXXXVIII

Sífilis terciaria no trasmisible

Probablemente no es trasmisible la discrasia de la sífilis terciaria como tal. Muchos individuos aquejados de sífilis terciaria, aun en la forma más grave, son padres de niños sanos; y no pocos, después de nacer criaturas de buena salud, son víctimas de la infección, que había estado largo tiempo latente.

En este hecho tenemos un poderoso motivo para creer que cuando la trasmisión se verifica, siempre es una transferencia de gérmenes específicos: no es la alteración de salud que la sífilis puede haber producido en un padre lo que éste trasmite á la criatura, sino el veneno mismo.

Así, pues, la trasmisión de la sífilis á la progenie difiere probablemente *toto cælo* de la de otras afecciones, como la gota y la escrófula. En estas últimas, la diatesis final (tendencia del tejido) es la que se trasmite, y no su causa especial.

COMENTARIO CLXXXIX

Sífilis contraída en el segundo mes del embarazo: periostitis y neuro-retinitis, acompañadas de convulsiones, etc., en el niño.

Como buen ejemplo de varios puntos importantes referen-

tes á la historia clínica de la sífilis, puedo ofrecer el siguiente relato.

Un médico casado contrajo un chancro en el dedo en noviembre de 1882. Su esposa estaba entonces embarazada de dos meses, y el paciente no reconoció el carácter de su mal hasta que apareció la sífilide, parte de ella en los órganos genitales, en el mes de enero. Como comprendiese de qué se trataba, desistió del contacto; mas era demasiado tarde, y la esposa tuvo después la garganta ulcerada, con erupción, lo cual le hizo sufrir bastante. El tratamiento mercurial comenzó en marzo, y continuóse hasta su alumbramiento en julio. El niño nació á su debido tiempo, al parecer sano y sin erupción; pero á las seis semanas se hincharon los tobillos y las muñecas, y producíanse dolores por el movimiento. Esto pasó con las unciones mercuriales, y desde entonces no hubo ninguna afección de los huesos; mas á los tres meses ocurrió un fuerte ataque de convulsiones, casi fatal, acompañado de lengua agrietada y fiebre, de resultas de la cual quedaron los ojos bizcos. Le administré el ioduro de hierro, con el cual se obtuvo mejoría; mas á los seis meses ocurrió otro accidente análogo, seguido de fiebre, después de lo cual la divergencia de los ojos fué sustituida por la convergencia.

Durante algún tiempo «pareció que el niño estaba casi ciego.» Con las unciones mercuriales y el ioduro de hierro restablecióse el paciente, que también recobró la visión, pero siguió siendo bizco. A la edad de dos años, cuando yo volví á ver el niño, estaba muy desarrollado, y podía andar y hablar, sin que se viese en su fisonomía nada de particular, salvo que el ojo derecho presentaba un grande estrabismo. El niño, sin embargo, parecía ver bastante bien, pero notábanse señales de neuro-retinitis en los dos ojos. En cuanto al desarrollo físico y mental, tal vez era inferior al correspondiente á la edad.

Volviendo á la historia de los padres, diré que la madre, habiendo tomado mercurio en abundancia en el último período de su preñez y dos meses después, aunque no con regularidad, restablecióse de tal modo, que cuando la vi, al cabo de dos años, parecía disfrutar de la más excelente salud. El padre, que se trató mucho más tiempo, es decir, un año, se ha con-

servado desde entonces propenso al eczema serpiginoso seco del escroto; pero se cura fácilmente con el mercurio, bien tomado al interior, ó en precipitado blanco, para uso externo: disfruta de buena salud, y por lo demás está libre de síntomas.

Aquí tenemos un caso en que un niño, cuya madre toma mercurio durante la última mitad de la preñez, en suficiente dosis para curarse bien, presentó señales de sífilis perióstica primero, y después complicaciones del sistema nervioso.

COMENTARIO CXC

Historia de sífilis en ambos padres seis años antes de nacer el paciente: ligeros síntomas infantiles: sífilis adquirida á la edad de veinte años: keratitis intersticial: dientes y fisonomía sin particularidades.

En el siguiente caso ocurrió un ataque de keratitis intersticial en un joven que seguramente padecía sífilis hereditaria, pero que también había sufrido un ataque de la afección adquirida. Imposible era decir con certeza á cuál de las infecciones se debía la keratitis, pero sin duda se relacionaba con la infección por herencia. El caso es concluyente para demostrar que un paciente puede adquirir la infección además de heredarla, siendo posible que la segunda modifique la primera.

E. H., de veintiún años, se confió á mis cuidados en julio de 1863. Tenía la córnea derecha inflamada, pero díjome que esto era consecuencia de una quemadura con cal quince días antes. La córnea estaba difusamente opaca y el ojo muy irritado. Prescribí al principio tónicos al interior y fomentaciones opiadas, creyendo que, en efecto, se habría introducido cal en el ojo; pero á los pocos días reconocí una ligera iritis, y la condición de la córnea, juntamente con la inflamación del iris, presentaba un estado análogo á lo que antes se llamaba *aquo capsulitis*. Entonces prescribí el ioduro

de potasio; pero á mediados de agosto la córnea izquierda comenzó á inflamarse, mientras que la derecha estaba tan opaca, que era imposible examinar el iris, presentando exactamente las condiciones de la keratitis sifilítica. La fisonomía no indicaba sífilis hereditaria. Ciertó que había palidez y mal color, pero en cambio la nariz era afilada, con el dorso alto, y los dientes perfectos por su forma y dimensión. Al pedir datos al paciente, éste me dijo que su madre había padecido de los ojos. Creyendo yo que se podría hacer alguna luz respecto á su propia diatesis, indiqué la conveniencia de presentarse aquélla.

Historia de la madre.—En 27 de agosto la Sra. M. vino á verme con su hijo y me presentó unas notas del doctor Bowman, por las cuales supe que éste había practicado en la visitante la iridectomia por una sinequia é iritis recidivante, seis años antes. La operación produjo mucho alivio, pero aun se veían bridas de la sinequia en la parte inferior de la pupila. El primer ataque de iritis se declaró hacía veinticinco años. La Sra. M. refirióme toda su historia sin reservas. Su esposo, hombre muy disoluto, había padecido enfermedades venéreas, y la contagió varias veces, siendo su primera afección la iritis, acompañada de una sífilide abundante. Varios hijos habían muerto á causa de la enfermedad. El que la acompañaba nació seis ó siete años después del contagio del padre, y los tres anteriores habían muerto. El que iba con ella sufrió una erupción en la infancia, y después disfrutó de buena salud hasta la edad de quince años, que fué cuando se inflamó el ojo.

Historia de la afección adquirida.—El paciente estuvo á mi cuidado para curarse una blenorragia cuatro años antes, y desde entonces se halló muy expuesto á peligros. Un año antes pareció haber tenido sífilis; mas no recordaba nada de chancros, si bien hacía memoria de que tuvo una erupción escamosa y la garganta ulcerada, lo cual duró tres meses ó más. El médico que entonces le asistía le dijo que aquello era sífilis y administróle mercurio para que saliveara. Aun se reconocían vestigios de una erupción papulosa en el pecho cuando yo le vi.

Observaremos aquí, como punto interesante, que este ataque de keratitis intersticial se produjo unos diez meses después de manifestarse la afección adquirida; pero también debemos tener en cuenta que hubo precedentes de inflamación en un ojo algunos años antes.

COMENTARIO CXCI

¿Es la sífilis hereditaria preservativo contra la subsiguiente adquisición de la enfermedad?

Se ha emitido la opinión de que la sífilis se hacía más benigna en los países en que ha existido largo tiempo, suponiéndose que por esta causa se ha debilitado mucho la afección en Portugal. Un médico inglés que ejerce allí, ha manifestado su creencia de que, á causa del descuido habitual en aplicar un tratamiento eficaz, todo el país se ha resentido de la falta.

Ya sabemos que esta ley de inmunidad transmitida y parcial prevalece en las otras fiebres específicas. Si la viruela se introduce en un terreno nuevo, es más grave y fatal que cuando invade un país que después de muchas generaciones se haya acostumbrado á su dominio; y lo mismo sucede con el sarampión y la fiebre escarlatina.

Creo poder reclamar para mí el honor que me corresponde por haber sido el primero en aducir ejemplos en que individuos que padecían sífilis hereditaria de una forma grave tuvieron después úlceras venéreas adquiridas. En el *Diario Médico Británico* de setiembre de 1871, hice mención de varios casos en que individuos que sufrían sífilis hereditaria contraieron chancros primitivos. En algunos de estos pacientes no se siguieron síntomas secundarios; pero este hecho negativo no prueba nada, puesto que vemos con frecuencia, en los que no han heredado ninguna afección, chancros no infectantes. Se necesitaría una larga serie de casos, mayor de la que yo poseo, para justificar en grado alguno la creencia de

que la infección hereditaria es un preservativo contra la adquisición de la enfermedad. Por el caso antes citado demuéstrase que no protege del todo. No sé que nadie más haya publicado hechos análogos.

Haré mención aquí de algunos de estos casos.

Caso 1.º—Heredito-sífilis con claros antecedentes: blenorragias y chancros superficiales: ausencia de síntomas secundarios.

Ricardo D., joven de diez y nueve años, estuvo bajo mi observación, durante largo tiempo, por aquejar exostosis, keratitis, etc., por efecto de la infección hereditaria. Su madre se había tratado también por tener síntomas terciarios, y así obtuve una historia muy clara. El muchacho había padecido mucho en la infancia, y en 1858 se presentó cierto día en el hospital con motivo de padecer una blenorragia, chancros superficiales y considerable hinchazón del prepucio. Se emplearon sólo remedios locales y no se manifestaron síntomas secundarios. He visto con frecuencia al paciente en los últimos años, y estoy seguro de que no ha tenido síntomas constitucionales.

Caso 2.º—Heredito-sífilis: afección adquirida: varios chancros no indurados y bubón supurativo: carencia de síntomas constitucionales.

Eduardo W., de veinte años, se puso á mi cuidado, en el Hospital de Londres, en 1859, por aquejar chancros primitivos. Una grande úlcera había destruído el frenillo, y veíanse otras pequeñas y circulares en la superficie del glande, así como en el repliegue del prepucio, cerca de la corona; pero ninguna estaba indurada. En la ingle derecha veíase un bubón ulcerado, de bordes lívidos. Los chancros duraron cerca de dos meses y el paciente tomó mercurio, no habiéndose presentado síntomas constitucionales. El interés de este caso consiste en la circunstancia de que el paciente padecía sífilis hereditaria rigurosa, habiendo padecido keratitis intersticiales en ambos ojos. El iris derecho estaba adherente por su borde

pupilar, y este ojo había sido defectuoso desde la infancia, según se me dijo.

La keratitis se declaró á los diez años. Los dientes presentaban la deformación típica, la nariz se había ensanchado, y varias cicatrices radiadas ocupaban las comisuras de los labios. El joven dijo que era el mayor de los hijos que habían sobrevivido. Una hermana suya de más edad, murió de consunción á los veintiún años, después de padecer de los ojos largo tiempo. Otro hermano más joven sufre ahora la misma afección. Observé al paciente varias semanas, durante las cuales se restableció casi de la enfermedad local, no habiéndose manifestado síntomas constitucionales.

Caso 3.º—Diatesis heredito-sifilitica bien marcada: chancros primitivos contraídos en la edad adulta: tratamiento mercurial: carencia de síntomas constitucionales.

En este caso el paciente, además de tener evidentemente sífilis hereditaria, había padecido también por efecto de chancros adquiridos. Al parecer no sufrió síntomas constitucionales á causa de estos últimos, y por los antecedentes se reconoció que los ataques de inflamación de los ojos dependían de la afección hereditaria más bien que de la adquirida. Como no le traté en la primera enfermedad, ignoro cuál era con exactitud la naturaleza de la úlcera.

COMENTARIO CXCH

Casos en que los pacientes por infección hereditaria sufrieron gravemente por la enfermedad adquirida: fagedenismo del chancro y úlceras rupioides de la piel.

*Caso 1.º—*Un joven que tenía el rostro muy deformado y los dientes típicos, se me presentó aquejando sífilis adquirida, habiendo padecido keratitis algunos años antes. El chancro duró dos meses, y el paciente tomó, sin duda, mercurio. El

chancro, muy inflamado y ulcerado, estaba casi fagedénico, y en varias partes de la piel veíanse úlceras diseminadas de carácter ectimatoso, casi rupioides. Prescribí ioduro de potasio, pero poco después no vi más al paciente, é ignoro el resultado. Cuando yo examiné el chancro, era tal la inflamación que se hacía difícil reconocer si había estado indurado.

Caso 2.º—J. W., de veintidós años, tenía el rostro tan característico que era suficiente una mirada para reconocer la diatesis. Los dientes parecían escavados, y el paciente sufría keratitis. Cuando se le admitió presentaba profundas úlceras en varias partes, profundizando dos de ellas hasta el hueso, una en la clavícula y otra sobre la escápula derecha. A primera vista se atribuyeron las úlceras á la infección hereditaria; pero el paciente nos dijo que habían seguido *al mal*, contraído, al parecer, tres meses antes.

Mediante el tratamiento por los ioduros, principalmente, se restableció pronto; pero una porción de la escápula se exfolió.

Estos dos casos, además del anterior, prueban claramente no sólo la posibilidad de que los atacados de sífilis hereditaria contraigan la enfermedad de nuevo, sino también que pueden sufrir con inusitada gravedad. En todos tres la erupción fué una forma de rupia. Hasta es posible que la herencia modifique é intensifique la acción de la afección adquirida.

COMENTARIO CXCH

Sífilis hereditaria en un niño de siete meses, sin emplearse tratamiento: marasmo en sumo grado: muerte sin haber afección visceral.

En agosto de 1862 practiqué la autopsia de un niño sífilítico de tres meses de edad. Me lo habían confiado en el Hospital de Londres, sólo cinco días antes de su muerte, y llamé la atención de los alumnos sobre el caso por considerarlo como el más extremado ejemplo de demacración que hasta

entonces había conocido. La criatura estaba cubierta de manchas sifilíticas y padecía también estomatitis. Parece que cuando nació estaba bastante sano. Era ilegítimo y habíanlo confiado á una ama de cría.

Al practicar la autopsia examiné todas las vísceras torácicas y abdominales, sin descubrir la más ligera señal de afección en ninguna de ellas. El timo era pequeño y de aspecto normal, y había motivos para creer que el extremado marasmo y la muerte se relacionaban mucho con el nacimiento prematuro, pues el niño era sietemesino. Hasta que yo le vi no se le trató la sífilis.

COMENTARIO CXCIV

¿Puede transmitirse la sífilis á la tercera generación?

Al buscar una respuesta á esta importante pregunta, es de todo punto necesario atenernos á los hechos ya conocidos; pues entretenerse en especulaciones, sin contar con una base positiva, sería completamente inútil. Que yo sepa, no se ha publicado nada sobre este punto desde que di á conocer mis datos en 1866. Ahora citaré algunos hechos. Hasta hace poco no teníamos medios de reconocer la sífilis hereditaria en el adulto, y, por lo tanto, éranos imposible referirnos á padres que padecieran esta forma de infección.

Caso referente á la tercera generación de linaje sifilítico

En 23 de febrero de 1865, la Sra. K. me presentó una niña de cinco años, morena y de facciones bien formadas, con motivo de padecer una sinovitis crónica de la articulación de la rodilla izquierda, que estaba algo hinchada, aunque no dolía mucho. No había otra afección, ni nada absolutamente en los ojos ni en los oídos.

La misma Sra. K. me llamó la atención, desde luego, por su marcada fisonomía sifilítica: las córneas estaban empañadas

aún por una keratitis pasada, el puente de la nariz hundido, y su complexión era enclenque. Invitéla á que me enseñase los dientes, y vi que estaban típicamente deformados. La señora me dijo que no había tenido más que aquella niña y que nunca tuvo abortos, asegurando, además, que su hija no experimentó nunca otra enfermedad que la de la rodilla. Debe admitirse que la sinovitis indolora, en los niños, es á menudo síntoma de sífilis. Siento mucho no poder añadir nota alguna sobre esta paciente, y es dudoso que estuviera ó no atacada de la infección.

Sífilis hereditaria reconocida en un hermano y hermana en la edad adulta: el hermano era padre de dos niños sanos

Tomás C., carnicero, de veintitrés años de edad, se me presentó en julio de 1862 para que le examinase. Su hermana estaba en el Hospital Oftálmico, aquejada de keratitis y sordera. Tomás presentaba el tipo heredito-sifilítico: estaba muy pálido, la dentadura era característica, había cicatrices en la comisura de los labios, córneas empañadas, y la pupila derecha estaba casi cerrada por adherencias. Tenía unos doce años cuando ocurrió la inflamación de los ojos. De los diez hijos nacidos sólo sobrevivían él y su hermana.

El padre, vivo aún, contaba cincuenta y tres años; la madre había muerto de hidropesía á la edad de cuarenta. El paciente dijo que en cinco años no conoció ni un solo día de enfermedad. Casado hacía tres, tenía dos hijos *muy sanos*, y no había padecido nunca la menor afección venérea.

En este caso el padre había padecido muy rigurosamente la infección hereditaria; pero debe advertirse que sólo podemos guiarnos por lo que él dijo respecto á la progenie, pues yo no la vi. Por el siguiente caso se comprenderá que la inspección personal es necesaria cuando se puede obtener.

Caso en que una madre estaba sujeta á la sífilis hereditaria y su primer hijo experimentó los síntomas infantiles

La Sra. W. se sometió á mi tratamiento para curarse una

keratitis sifilítica. Era mujer de unos veintiún años, que contaba uno de casada y estaba lactando á su primer hijo. Aunque su aspecto era robusto y parecía bastante sano, observábanse en ella, además de la keratitis, evidentes señales de la infección hereditaria. Tenía los dientes escavados, cicatrices en las comisuras de los labios y la frente prominente.

Me informé sobre la salud de su niño, y aseguróme que era excelente. Por invitación mía lo trajo consigo á la visita siguiente, y vi que estaba bastante gordo, pero tenía las fosas nasales obstruídas, y en las nalgas veíanse algunas manchas escamosas de color cobrizo de carácter inequívoco. Estos síntomas desaparecieron después con el tratamiento mercurial.

Tenemos aquí, al parecer, el caso de una madre que padecía sífilis hereditaria y la transmitió á su hijo, presentando éste las condiciones usuales de la afección infantil. Creo que no se ha conocido hasta ahora ningún hecho análogo en los anales de la medicina, y por eso se debe admitir con reserva. ¿No podría ser, la infección que el niño padeció, consecuencia de la enfermedad contraída por uno de los padres? En cuanto á la madre, sólo puedo decir que no había evidente razón para sospechar, y que no presentó síntomas de la infección adquirida.

Respecto al esposo, practiqué la más cuidadosa investigación. Era viajante de comercio y le había yo visitado para curarle un sicosis; pero antes le trataron los doctores Wilson y Startin, ninguno de los cuales le indicó que su erupción fuera sifilítica. Excepto dicho sicosis, que era de la forma más marcada, el paciente no tuvo otros síntomas. Según me dijo al hablar de su conducta sexual, no recordaba haber padecido forma alguna de enfermedad venérea. Mostrábase muy ansioso para curarse el sicosis, y creo que hubiera confesado cualquiera cosa para apresurar el tratamiento; por lo cual se debía dudar mucho de sus declaraciones.

Este caso parece favorecer, por lo que yo colijo, la creencia de que una madre que padece la infección hereditaria en estado latente, puede transmitirla en una forma tan activa que el recién nacido presente evidentes síntomas infantiles. Importa mucho observar que éstos fueron exactamente como

los más comunes en los hijos de aquellos que padecieron muy poco antes la afección adquirida; verbigracia, manchas cobrizas y coriza.

Por otra parte debo repetir que el único hecho que he citado ahora debe admitirse con mucha reserva. Cuando se pueda formar una serie de otros análogos, será ocasión de aceptar como verdad la conclusión que se indica. Hace muchos años que conocí el caso, y no se me han presentado otros desde entonces.

Caso en que una mujer que padecía sífilis hereditaria fué madre de niños sanos

La Sra. C., mujer de treinta y siete años, fué un curioso ejemplo de los resultados de la sífilis hereditaria. Su aspecto era característico: tenía la nariz hundida y los dientes festoneados. Estuvo sometida al tratamiento á causa de unas opacidades córneas ocasionadas por una keratitis sifilítica padecida á la edad de catorce años. La mujer me dijo que había tenido tres niños sanos, sin que ninguno de ellos padeciera en la infancia; que el mayor, de diez años, vivía con ella y tenía la dentadura bien conformada, si bien estaba pálido, con algún psoriasis en el rostro. En cuanto á los demás hijos, no tuve oportunidad de verlos.

Heredito-sífilis en una mujer que era madre de una numerosa familia: los niños tenían la salud delicada, aunque no estaban afectados específicamente.

La Sra. F., de cuarenta y tres años, vino á verme al Hospital con otra paciente, y á primera vista pudimos reconocer que padecía sífilis hereditaria: los dientes eran característicos, y las córneas estaban nebulosas por efecto de la pasada keratitis. Me manifestó que sus ojos se inflamaron primero á los trece años, y que durante cerca de uno estuvo prácticamente ciega. Aunque las córneas estaban aún opacas en ligero grado, la paciente podía ver bien y leer los caracteres más pequeños.

La Sra. F. me conoció accidentalmente á causa de su hijo, á quien llevó al Hospital. Era un muchacho bastante crecido, pero de salud delicada. La circulación era débil; hinchadas las alas de la nariz. Presentábase á consulta á causa de tener granulaciones palpebrales y opacidades superficiales de las córneas; pero sus dientes, grandes y perfectos, presentaban un singular contraste con los de la madre, que eran diminutos. No había nada en el paciente que indicase la diatesis específica. La Sra. F. había tenido trece hijos, pero sólo vivían cuatro: los más de ellos murieron á la edad de seis meses, excepto uno que vivió hasta los diez años. Decíase que una «*irritación de los intestinos*» era la causa principal de su muerte.

De los cuatro que sobrevivían, una joven de veintiún años, muy delicada, no tenía los ojos inflamados. La paciente era la segunda hija. La tercera tenía trece años y aseguraba estar sana, así como también la cuarta, que contaba cinco, pero que aquejaba flujos otorreicos.

El esposo de la Sra. F. había muerto de *consunción* á la edad de cuarenta y ocho años. No es improbable que los niños heredaran de su padre una tendencia á la diatesis tubercular; pero de todos modos debemos tener esto presente al formar cálculos sobre la posibilidad de que sus síntomas *estrumosos* estuviesen en remota relación con la sífilis de sus abuelos maternos.

Caso en que una mujer afectada de infección hereditaria fué madre de hijos que no presentaban síntomas específicos

La Sra. P., de veintiséis años, se sometió á mi tratamiento para curarse una keratitis sifilítica. La oftalmia databa de hacía nueve meses: la córnea izquierda estaba todavía muy afectada, y la derecha recobraba su transparencia. Los dientes y la fisonomía estaban bien marcados por el estigma sifilítico.

La Sra. P. contaba siete años de casada y era madre de tres hijos, de los cuales el mayor tenía seis años y disfrutaba de buena salud, el segundo murió de consunción á los nueve

meses, y el tercero, nacido hacía seis semanas, parecía sano cuando yo le vi. Su madre me dijo que á los quince días de nacer se le presentó una erupción rojiza que duró una semana, sin que hubiese motivo para creer que fuese específica. Ninguno de los niños parecía presentar síntomas sospechosos.

Sífilis hereditaria que produjo graves alteraciones óseas hasta un periodo avanzado de la vida, siendo la paciente madre de un niño sano, mientras que ella padecía en sumo grado.

La Sra. H., de cuarenta años, me fué recomendada en junio de 1865, principalmente porque se le había aconsejado la amputación á causa de una extensa úlcera que tenía en la región interna de la pierna izquierda. Era una mujer caquéctica, que presentaba una considerable cicatriz en medio de la frente, otras en la cara y el cuello, el dorso de la nariz hundido, y los incisivos superiores festoneados. Ambas córneas estaban nebulosas á consecuencia de un antiguo ataque de keratitis. La pierna izquierda presentaba, desde el tobillo hasta más arriba de la rodilla, las cicatrices de una ulceración serpiginosa; y delante de la tibia veíase una considerable úlcera de aspecto maligno, fétida, en cuyo centro había una masa de granulaciones muy sospechosas de cáncer, pero menos duras de lo acostumbrado.

No obstante, el aspecto de la úlcera era tal que no me atrevía á emitir una opinión positiva sobre si se trataba de sífilis solamente, ó si de un cáncer que atacaba una úlcera sifilítica. La Sra. H. dijo que había tenido la pierna ulcerada muchos años, pero que últimamente empeoraba. No podía dudar de que padecía la infección sifilítica hereditaria en su forma más grave.

Los siguientes hechos, en cuanto á los antecedentes de familia, son importantes y de mucho interés. La paciente era la hija mayor que sobrevivía de la familia de sus padres. Su madre tuvo cuatro hijos antes que ella, de los cuales dos nacieron muertos y los otros sucumbieron en la infancia. La madre de la Sra. H. había sufrido rigurosamente, cuando era niña, por *agrietamientos de la piel*; pero los padres de la pa-

ciente parecieron disfrutar, después, de buena salud y vivieron hasta una edad avanzada.

La Sra. H. tenía un hermano y una hermana más jóvenes, los dos sanos, ninguno de los cuales habían padecido de oftalmías.

La Sra. H. es ahora viuda, y tiene una niña de seis años de su único parto. Siempre ha disfrutado de buena salud y en la infancia no padeció erupción alguna.

COMENTARIO CXCIV

Sobre la rareza comparativa de las afecciones del sistema nervioso en la sífilis hereditaria

En mi *Discusión sobre la sífilis*, publicada en 1876, al hablar de los caracteres diferenciales entre la sífilis adquirida y la hereditaria, dije que las enfermedades del sistema nervioso eran raras en esta última; asunto en que se ha fijado mucho la atención después. El doctor Jackson mostró el camino oportunamente en un escrito que leyó en la Asociación de los Graduados de San Andrés en 1868, en el cual citaba ejemplos de epilepsia, hemiplegia, idiotismo y otras afecciones en individuos que padecían la infección hereditaria; y el doctor Barlow publicó también casos demostrándonos que la degeneración de las arterias del cerebro, de origen sífilítico, puede presentarse hasta en los niños.

La celosa investigación de observadores como los que he citado, y otros muchos, no ha servido, á pesar de todo, para demostrar que haya sido considerable el número de casos de enfermedades del sistema nervioso cerebral manifestados por efecto de la sífilis. Casi todas las variedades de afecciones que observamos en relación con la sífilis adquirida se encuentran ocasionalmente, en los heredito-sífilíticos, asociadas con lesiones semejantes. Podemos, en la heredito-sífilis, observar meningitis, neuritis y enfermedades de los vasos con todas sus variedades; pero son mucho más raras que en los casos de

afección adquirida. En todos los ejemplos de ciertas enfermedades como la epilepsia y el corea, tampoco se justifica, cuando se encuentran en aquéllos que son por herencia sifilíticos, la creencia de que haya necesariamente ningún género de relación causal con esa infección. En esta materia me fundo en la autoridad del doctor Jackson, quien me dice que bajo tales circunstancias ha observado repetidas veces que estas enfermedades no presentaban caracteres diferenciales con sus prototipos no específicos y eran curables por los medios ordinarios. Respecto á la epilepsia, dicho doctor cree que sólo cuando toma el carácter unilateral (epilepsia jacksoniana), y es, por lo tanto, debida probablemente á una lesión local y cortical, se justificaría que sospechásemos que podría deberse á cambios sifilíticos.

El considerable grupo de afecciones nerviosas acompañadas de neuritis y esclerosis que encontramos en los últimos períodos de la sífilis terciaria de la forma adquirida, parece no estar apenas representada en los que padecen la enfermedad por herencia. No conozco ningún caso de ataxia locomotriz que se haya citado como producido por tal asociación. Por mi parte no he visto tampoco ninguno, y he hallado muy pocas de esas parálisis de nervios oculares tan comunes en la afección adquirida. Recuerdo uno ó dos ejemplos de oftalmoplegia externa, pero ni uno solo de la enfermedad más generalizada. Podría objetarse plausiblemente que el número de los que padecen la infección hereditaria y que sobreviven á la edad adulta, es mucho menor que el de los que pasaron á través de la enfermedad adquirida; y también que muy raras veces podemos seguirlos hasta este período de la vida en que suele presentarse la ataxia. Estas opiniones pueden ser acertadas hasta cierto punto, pero no me parece que lo expliquen todo. No puedo menos de creer que aun queda el hecho muy notable de que la sífilis hereditaria no perjudica aparentemente los tejidos dejándolos vulnerables para siempre, como sucede á menudo con la afección adquirida. Los accidentes secundarios se producen durante un período mucho más tardío; pero cuando han pasado, los pacientes quedan libres, por regla general, de toda tendencia á otras enfermedades. En una

palabra: las verdaderas afecciones terciarias, es decir, no simétricas y serpiginosas, son raras en la sífilis congénita. No sólo encontramos muy pocas veces perturbaciones del sistema nervioso, sino que el psoriasis palmar, las enfermedades crónicas de la lengua, el sarcocèle y los gomas de las vísceras escasean igualmente.

Exceptuando el período infantil, rara vez la sífilis congénita acorta la vida, ni predispone de una manera especial á ninguna otra cosa.

COMENTARIO CXCVI

Sífilis trasmitida después de un largo intervalo y de un largo tratamiento

Uno de los casos más graves de sífilis congénita que conocí jamás, ocurrió hace algunos años en un niño que me presentaron en 1884. El muchacho comenzó á sufrir cuando sólo tenía un mes: quedó cubierto de una erupción, y tenía la palidez de la cera; tanto, que se temió un funesto desenlace. La madre del niño, por consejo de un médico notable, había tomado mercurio durante casi toda su preñez; pero la dosis, al parecer, fué ineficaz, pues consistió sólo en dos gramos de licor de Wan Swieten, es decir, $\frac{1}{32}$ de grano. La paciente había disfrutado de buena salud durante todo aquel tiempo, sin experimentar la influencia del medicamento. Creo que es muy excepcional que ninguna dosis que no llegue á ocho gramos de dicho preparado produzca el ptialismo ó cualquier otro síntoma definido de influencia mercurial; pero, sea como quiera, el niño en aquel caso no pareció haber ganado nada con el tratamiento.

Los hechos ofrecían otro interés, pues hacía seis años que el marido había contraído el mal, y sus síntomas fueron siempre vagos y dudosos. Habíanle tratado en Aquisgrán, y durante cuatro años estuvo del todo libre de síntomas. Se casó dos años y medio después de contraer la sífilis y cuando ya

hacía uno que se encontraba bien. Sin embargo, parece probable, por lo que su esposa dijo, que ésta se inoculó la sífilis casi inmediatamente después del casamiento. Quedó embarazada al cabo de un mes, y á las cuatro semanas «tuvo una erupción rojiza y la garganta ulcerada.» No se empleó tratamiento para estos síntomas, y el embarazo terminó dando á luz la paciente un niño muerto. Por entonces la madre y su esposo continuaban disfrutando buena salud; pero un segundo embarazo dió el mismo resultado que el primero, y á consecuencia de esto empleóse el tratamiento mercurial á que antes me refería. En este relato, como en los más de los que ilustran los hechos excepcionales en la sífilis, hay, por supuesto, algún blanco ú omisión. Es posible que la esposa ó el marido contrajesen de nuevo la sífilis; y aunque prescindimos de esta indicación en cuanto á la esposa, de la cual no creo que hubiese motivo para sospechar, se nos dispensará que no tengamos mucha confianza en cuanto al marido. Conocemos las tentaciones del hombre, y es muy posible que hubiese tenido otro chancro poco antes de casarse y comunicase á su mujer un chancro primitivo. Contra esta indicación tenemos la negativa terminante del esposo, y el hecho de no haber experimentado, por lo que sabemos, nuevos síntomas constitucionales. Si no hubo otra infección, el relato parecería demostrar que un hombre al parecer bien curado puede transmitir la infección á un feto después de un intervalo de seis años, produciendo un ataque de síntomas secundarios en la madre. Habiendo sufrido esta última, podría suponerse con razón que sus hijos heredarían de ella más bien que del padre, puesto que la afección era más reciente en la madre. De modo que no hay nada excepcional en la gravedad con que el último hijo sufrió.

Además de esto, para demostrar las dificultades que ofrecen las historias de los pacientes sifilíticos, consignaré que cuando el Sr. R. marchó á Aquisgrán sólo aquejaba un poco de sordera; y aunque su médico le impuso el tratamiento mercurial, dudaba que tuviera sífilis, según me manifestó en una carta, de lo cual se deduce que los síntomas eran ligeros y vagos.

El siguiente caso parece ser muy análogo, y ofrece las mismas dudas.

Casamiento después de cuatro años de absoluta inmunidad: erupción local al cabo de un año de matrimonio: garganta específica en la mujer durante el embarazo: muerte del niño.

A. B., de 23 años.

1873.—Sífilis contraída en marzo. Síntomas secundarios.

Tratamiento mercurial.

1874.—Del todo bien.

1875.—Lo mismo.

1876.—Lo mismo.

1877.—Lo mismo. Baños sulfurosos sin resultado.

1878.—Casamiento.

1879.—Erupción tuberculosa en una escápula. La mujer tenía la garganta sifilítica y dió á luz un niño que murió. Ambos esposos se restablecieron por el tratamiento.

COMENTARIO CXCVII

Exostosis ulceradas y exfoliación ósea en relación con la sífilis hereditaria

En el presente es raro ver casos de exostosis ulceradas en relación con la sífilis adquirida. La enfermedad extensiva del cráneo, tan familiar para nuestros antepasados, y de la cual abundan los ejemplos en nuestros museos, es ahora cuestión de historia, resultado debido principalmente, sin duda, á la introducción del ioduro de potasio en la práctica, y al conocimiento generalizado de que es el remedio *por excelencia* en la periostitis sifilítica. En los casos de periostitis por la sífilis hereditaria, el diagnóstico es por desgracia defectuoso algunas veces, y ó el ioduro no se prescribe, ó se administra sin perseverancia. En los últimos años he visto más casos de

exfoliaciones óseas por la sífilis hereditaria que por la adquirida. Bien es verdad que en la periostitis de aquélla el ioduro no obra tan prontamente como en la última, lo cual no impide que siga siendo el remedio en que más debemos confiar. La periostitis de la sífilis hereditaria que conduce á supuración, rara vez ocurre en la infancia. Hacia el período de la pubertad es cuando hay más peligro de que los depósitos periósticos se agranden produciendo la exfoliación. El caso que primeramente llamó mi atención sobre la sífilis hereditaria en la adolescencia, y la importancia de su diagnóstico diferencial con el estroma, fué de aquel género. El paciente era un muchacho de doce años, hijo mayor de un caballero que casó con una viuda atacada de sífilis. El pobre chico tenía el cráneo denudado en algunas partes por efecto de exostosis que supuraban, y al fin murió de la enfermedad.

Muy recientemente pude ver en el Hospital Guy un caso en que la pulsación del cerebro era visible bajo una considerable cicatriz en la región parietal izquierda. La historia se reducía á que un golpe en la cabeza produjo un depósito supurativo, exfoliándose una gran porción del hueso. El paciente era un muchacho de quince años que ofrecía la fisonomía característica y los dientes deformados, y que había padecido de los ojos muy rigurosamente por keratitis intersticial. El restablecimiento fué satisfactorio mediante el tratamiento específico, al menos en lo concerniente al hueso.

COMENTARIO CXCVIII

Sobre la relación posible entre la sífilis y otras afecciones, tales como el lupus, la escrófula y el raquitismo

Continuamente se presenta al debate la cuestión de si existen algunas afecciones que se relacionan remotamente con la sífilis hereditaria, transmitida á través de varias generaciones. Los autores antiguos se inclinaban vagamente á atribuir todas las formas de afecciones crónicas de la piel ó de los

huesos á la enfermedad hereditaria, y el público piensa generalmente en el mismo sentido. M. Ricord conjeturó que el lupus común era debido remotamente á la sífilis, y sir Erasmo Wilson preguntó: «¿No es todo estroma sífilis?» Ultimamente M. Parrot ha procurado demostrar que el raquitismo no es otra cosa sino una manifestación de la sífilis hereditaria, y aun más tarde Mr. Wheelhouse ha publicado una conferencia clínica, haciendo la misma observación. Importa mucho llegar á la verdad en esta materia. Yo tengo la convicción de que mientras la sífilis puede imitar muy bien el lupus ó el raquitismo, las más de las formas de escrófula, y casi todas las variedades de las dermatosis, todas estas enfermedades separadas, sin embargo, pueden existir y existen en sus formas típicas independientes. El raquitismo verdadero se debe tal vez á la alimentación defectuosa y á la insuficiente exposición al aire y al sol. El lupus común es parte del dominio de la escrófula, y ésta última se debe á una particularidad hereditaria de la organización que se asocia íntimamente con lo que resulta en la tuberculosis, ayudando una variedad de influencias referentes al clima, á la alimentación, etc., que obran en el individuo. Tengo por una falsa creencia eso de que en las más de las familias inglesas, ó en un considerable número de ellas, exista una infección sifilítica; y, sin embargo, vemos que las enfermedades citadas se desarrollan con mucha frecuencia entre todas las clases. Todos admitirán que á menudo se encuentran bajo circunstancias que hacen muy improbable la sospecha de sífilis hereditaria. A cuantos se inclinan á opinar en el referido sentido, yo les propondría que tomaran en consideración los hechos siguientes:

1.º Que el raquitismo y la escrófula se observan con frecuencia en los animales inferiores, y se pueden producir artificialmente en estados que hacen imposible la hipótesis de la influencia de la sífilis.

2.º Que las formas típicas de estas enfermedades se hallan de continuo en estados que no prestan el más ligero apoyo á la presunción de sífilis.

3.º Que entre aquellos á quienes podemos reconocer ahora tan fácilmente como sujetos á la infección hereditaria, no

encontramos á menudo enfermedades como el estroma, la escrófula y el raquitismo.

4.º Que cuando se halla el lupus en individuos sujetos á la infección hereditaria, presentan una forma del todo distinta, con tendencias muy diferentes de las observadas en el prototipo común ó escrofuloso.

5.º Que á pesar de poder reconocer ahora (por los dientes, la fisonomía, etc.) á gran número de individuos sujetos á la infección hereditaria, y en el caso de sus casamientos haber oportunidad de examinarlos y estar, por lo tanto, en el caso de ver si se presentan los efectos de la herencia en la tercera generación; no se ha obtenido la menor prueba respecto á los niños así nacidos para demostrar que son especialmente propensos al raquitismo ó la escrófula.

6.º También se puede alegar razonablemente que las enfermedades en cuestión, cuando se supone que no son de origen sifilítico, exigen muy diferentes métodos de tratamiento que los empleados para sífilis.

Aunque se probara claramente que estas enfermedades eran debidas á la infección hereditaria, aunque debiéramos admitir este hecho, no ganaríamos nada en cuanto se refiere á nuestro poder curativo. El problema que se nos presenta consiste en hacer el diagnóstico de las enfermedades á que se puede aplicar el tratamiento sifilítico; y una vez conseguido esto, se verá probablemente que hemos clasificado las afecciones con bastante exactitud en cuanto á su etiología.

COMENTARIO CXCIX

Sobre ciertos casos raros de lupus de la faringe, etc., que se asemejan mucho á la sífilis

Debe admitirse que hay algunos casos raros de lupus de la boca y de la garganta que puede ser muy difícil distinguir de la sífilis. Mr. Sibley me mostró una vez un ejemplo de ello. La paciente, una señorita, tenía el paladar blando adherente á la

faringe posterior, y la úvula destruída, aquejando también algun impedimento laríngeo, debido, sin duda, á alguna brida cicatricial; el paladar duro estaba cubierto de cicatrices. Exceptuando tal vez la laringe, que á causa de la estrechez de la faringe no se podía ver, la afección de la boca estaba contenida y las cicatrices eran sanas; y aunque eran exactamente como las que deja la sífilis, todo parecía indicar estroma y lupus. En la mejilla izquierda veíase una gran mancha de lupus común, que había deteriorado mucho la mano izquierda. La paciente no presentaba señales de sífilis, ni había antecedente sospechoso. He visto otros varios casos en que el lupus simulaba muy bien la destrucción sifilítica del paladar blando, etc.

COMENTARIO CC

Sífilis hereditaria sin tendencia agresiva, en que padecieron mucho los ojos y oídos durante la infancia

Desde veinticinco años he visto á la Sra. H. á intervalos. La primera vez hube de enuclearle el ojo derecho, que estaba perdido por efecto de una inflamación sifilítica, y el otro estaba también muy deteriorado, habiendo padecido en ambos la córnea y la coroides. Tenía la frente prominente, los dientes típicos, como limados, y estaba completamente sorda. Una vez pareció probable que perdiese el juicio, siendo el síntoma principal su carácter pendenciero. Al principio había tomado ioduros y preparados mercuriales durante largos períodos.

Al citar este caso, mi objeto es observar que durante los últimos años no hubo tendencia agresiva en cuanto al cerebro ó al ojo alterado, pues ambos están como entonces.

La paciente puede leer aún si los caracteres son grandes, y hacer labor de aguja; pero sigue siendo una perturbación para su esposo, á causa de sus continuos dolores en el epigastrio, y su disgusto para todo.

Ahora tiene cincuenta años, pero está casi como si tuviese

ochenta. Su única hija, libre de síntomas, está casada y tiene hijos sanos.

COMENTARIO CCI

De la importancia de ir con cuidado en el diagnóstico de la sífilis hereditaria

Se ha de tener mucho cuidado en el diagnóstico de la sífilis infantil, pues así los hechos vistos como los antecedentes y las apariencias que presenta la afección son á menudo muy difíciles de apreciar. No debemos tener demasiada confianza respecto á úlceras profundas ni al eczema eritematoso de las nalgas y partes genitales, por más que presenten un tinte cobrizo. Nada es más fácil que hacer el diagnóstico de la sífilis; pero la seguridad del práctico en cuanto á su propio saber para estimar los síntomas, no altera la naturaleza de la afección. He visto muchos niños con erupciones en las nalgas, respecto á las cuales no pude hacer nunca un diagnóstico con entera confianza. El método de curación, sea por los medios que se quiera, no nos ayuda tampoco, pues las erupciones sífilíticas desaparecen á menudo con el más sencillo tratamiento, é inútil parece decir que las erupciones no específicas se alivian muchas veces con el mercurio. En la gran mayoría de casos el diagnóstico es fácil, y sólo me propongo recomendar que no se confíe demasiado en los síntomas individuales ó en los antecedentes recibidos.

El siguiente caso puede servir de ejemplo tocante á lo que acabo de exponer. Una señora me presentó un niño de dos meses de edad, cuyas nalgas y partes genitales estaban cubiertas de eczema eritematoso. El color de las manchas se asemejaba del todo al de la corteza del jamón, y había una en la raíz del cuello, pero sin alcanzar al cuero cabelludo. La madre dijo que el eczema había comenzado por una úlcera de la boca «que se metió dentro y dió lugar á la erupción.» Se observará que estos términos eran exactamente los apropiados

para un caso de sífilis; mas el niño no hablaba gangoso, dormía bien y al parecer disfrutaba de excelente salud. La madre había dado á luz solamente dos niños, y yo traté al mayor cuando tenía nueve meses con ocasión de un eczema, del cual curó muy pronto mediante la supresión del uso de la leche y del azúcar, y con baños ligeros de alquitrán y lociones de plomo. Este niño no había tenido nunca gangosidad, y disfrutaba ahora de la mejor salud. Es un hecho indiscutible, en mi concepto, que las aftas, como afección puramente criptogámica, pueden manifestarse en la infancia é irritar mucho la boca y el ano; y aunque se oyen á menudo frases como la de que «la llaga se metió dentro y ocasionó una irritación de los intestinos,» lo cual implica con frecuencia que la criatura padecía estomatitis sifilítica y condilomas en el ano, estoy seguro de que se incurrirá en graves errores si se consideran semejantes alegaciones como concluyentes.

COMENTARIO CCII

Gemelos de padres que padecieron recientemente sífilis grave: muerte del uno y aparente inmunidad del otro: afección del hígado.

El doctor Herman Weber ha publicado un interesante relato sobre dos niños gemelos que nacieron de madre sifilítica. Durante la mayor parte de su embarazo, la mujer se trató para curarse una fuerte sífilis secundaria; pero sólo había tomado ioduro de potasio. Uno de los niños murió á las once semanas de nacer, habiéndose manifestado muy severamente los síntomas característicos. El otro se conservó sano, sin presentar nunca la menor señal de enfermedad.

En el niño que murió hallóse el hígado muy engrosado, blando y grasiento, viéndose también algunas señales de inflamación de la cápsula. El cuerpo del niño sólo pesaba 6 y $\frac{1}{2}$ libras y el hígado más de 6 onzas. No se encontraron go-

mas en ninguna de las vísceras. La muerte fué ocasionada por diarrea.

COMENTARIO CCIII

Sobre la aparente carencia de síntomas en la sífilis hereditaria

Los síntomas que suelen revelar la existencia de la sífilis en un niño, pueden variar mucho en intensidad, pero es posible que falten los más comunes: tal vez no haya gangosidad, ni erupción, ni boca ulcerada. Todos los que gozan de autoridad en la profesión, admitirán que el síndrome es á menudo incompleto, y que aunque no lo sea puede estar muy poco marcado. Algunos, no obstante, dan mucha importancia al aserto de que no hay casos en que los síntomas infantiles falten del todo. Es muy difícil, si no imposible, obtener una prueba positiva de que los haya, pues siempre se podrá contestar que no se observó lo bastante al niño. Yo no dudo que son numerosos en la práctica los casos en que se descuidan los síntomas infantiles. He visto muchos casos de keratitis en la pubertad, y afecciones óseas y de la garganta de indudable carácter, con antecedentes claros de los padres, y en los que, sin embargo, no se observó nada durante la infancia. En algunos de estos casos, la completa falta de los síntomas acostumbrados de la enfermedad en la fisonomía, los dientes, etc., confirmaban el aserto de los padres. Muchas veces he visto una nariz bien desarrollada, con un dorso estrecho, una frente bien conformada y excelente complexión, aunque había keratitis muy marcada, con hechos que corroboraban claramente su naturaleza. Algunas veces los dientes pueden estar típicamente mal conformados; pero esto es raro. Podemos tener por seguro, sin duda, que cuando el dorso de la nariz se conserva estrecho no hubo nunca grado alguno de gangosidad, y que si la complexión es buena no se habrá manifestado erupción en la cara. Los síntomas por los que se reconoce la diatesis

en la pubertad, están más ó menos marcados en proporción á la intensidad de la afección en la infancia.

En la práctica debemos admitir que el estigma de la sífilis hereditaria puede conservarse latente hasta el período de la pubertad ó mucho tiempo después, manifestándose por un fuerte ataque de keratitis intersticial, sordera, exostosis, lupus (específico) ó ulceración del paladar. Al decir esto no me limito sólo á la observación de los niños de la clase proletaria, en cuyos padres se puede suponer descuido en cuanto á la vigilancia, y que con facilidad olvidan lo que ha sucedido á sus hijos. Los casos á que me refiero eran en niños que tenían madres inteligentes y cuidadosas, habiendo estado más ó menos al cuidado de algún médico. Algunas veces, uno ó dos niños de la familia habían sufrido en la infancia y después, mientras que otros, no habiendo tenido nada al principio, presentaban las usuales alteraciones en el período de adolescencia.

COMENTARIO CCIV

Sobre la ausencia de síntomas en la época del nacimiento

Bien sabido es que en la mayoría de casos, y en una mayoría muy considerable, los hijos de padres sífilíticos, si nacen vivos, presentan las apariencias de la más perfecta salud. Esta inmunidad completa durante la vida intrauterina no tiene nada que ver con la gravedad de las siguientes manifestaciones, pues algunos de los que más padecen después son precisamente los que parecían más sanos al nacer. Probablemente tampoco guarda esto relación con el hecho de que la enfermedad de los padres sea más ó menos reciente ó provenga del marido ó de la mujer.

La circunstancia de que los más de los niños inficionados por la sífilis se conserven sanos en el vientre de la madre y no presenten síntomas hasta después de algunas semanas de respirar el aire de la vida, nos hace tropezar con otra cuestión muy distinta. No puede dudarse mucho de que la sífilis es una

causa común de abortos, de partos prematuros, de que se den á luz niños muertos y de que en algunos casos se engendren criaturas que presentan señales de la infección así que nacen. Este es un asunto respecto al cual confesaré que he tenido poca experiencia personal. Nuestros conocimientos sobre esto se derivan de los médicos que han practicado en familias numerosas, y principalmente de los que ejercen en las casas de maternidad.

En cuanto á la predisposición al aborto en las madres sífilíticas, aunque es indudablemente muy común, parece posible que nuestra creencia sea algo exagerada. Los abortos son muy comunes independientemente de la sífilis, y no tenemos sobre este punto datos cuidadosamente observados que sirvan para establecer comparaciones. Por otra parte, diariamente tenemos pruebas de que las mujeres pueden dar á luz numerosos hijos inficionados sin que se observe que presenten la menor tendencia al aborto. Insisto en estas consideraciones, no con ánimo de introducir dudas en las opiniones admitidas, y sí sólo para indicar que se debe tener algún cuidado antes de aceptar la indicación de que todo cuanto sucede á los hijos de madres sífilíticas es real y directamente debido á su sífilis.

Ante todo debo protestar contra la creencia de que la condición conocida con el nombre de *feto macerado* se considere como una señal de sífilis. Nada es más común que el cordero y la ternera macerados, y esto sólo prueba que la muerte ha precedido á la expulsión durante largo tiempo.

M. Mervis ha reunido algunos importantes datos estadísticos sobre la materia, los cuales publicó en el *Zeitsch f. Geburtshülfe etc.* de 1870. En el examen de 92 fetos sífilíticos macerados, halló el bazo enfermo en 72, los huesos afectados por osteocondritis en 64, el hígado atacado en 56, el páncreas en 14, las cápsulas suprarrenales en 11, los pulmones en 3 y la piel en 1. Entre 153 fetos sífilíticos no vió ninguno en que hubiera afección de la piel antes de los ocho meses de la vida intrauterina.

COMENTARIO CCV

Sobre el pémfigo de los niños sífilíticos

Esta afección es muy peculiar y presenta notables diferencias si se compara con las más de las otras formas de erupción. Con frecuencia manifiéstase muy pronto después del nacimiento, tal vez á los pocos días, y en un tiempo en que las otras erupciones rara vez se presentan. Por lo regular se limita á las manos y los pies, y cuando es rigurosa casi siempre termina por la muerte. La causa de la muerte es oscura, pues el niño no se demacra gradualmente, sino que muere á los pocos días, por lo regular de convulsiones, según creo. Diday pensó que esa especie de pémfigo se debía más bien á la caquexia ocasionada por la sífilis que á esta enfermedad misma. No participo de esta opinión, pues he visto las peores formas de pémfigo de las manos en niños que parecían bien desarrollados al nacer. Algunas veces afecta á varios niños sucesivamente en la misma familia, ocasionando la muerte de todos. La causa precisa de este fatal resultado, y la circunstancia de que la erupción flictenosa en las manos denote tan peligroso estado, son problemas que no se han resuelto aún.

Sin embargo, no es del todo cierto que el pémfigo sífilítico de los niños tenga siempre tan funesto desenlace, pues á veces se manifiesta como una afección ligera y del todo transitoria. Si el año mejora, creo que el mal pasará. Un caballero casado me consultó con motivo de tener restos de una antigua sífilis. Díjome incidentalmente que su mujer acababa de parir; y como era natural, pregunté por la salud del niño. Me contestó que al parecer mejoraba, pero que había padecido la afección á que los médicos daban el nombre de *pémfigo de las manos y pies*. No supe si la criatura estaba sometida á tratamiento especial, y tal vez el síntoma desapareció espontáneamente. En enero de 1882 di una lectura clínica sobre un caso de pémfigo infantil, en que el niño sobrevivió lo bastante para

pasar á otra fase de la enfermedad. El paciente me fué con-
fiado á los nueve días de nacer, y entonces tenía las manos, los
pies y el rostro cubiertos de flictenas. Era un niño bastan-
te desarrollado, y en lo demás parecía gozar de buena salud.
Contrariamente á lo que se observa, creo que en ninguna de
las flictenas había contenidos saniosos ó fuese de color oscuro la
base. Muchas eran muy delicadas y claras, y las del rostro es-
taban dispuestas en panículos como el herpes, sin que se viese
una sola vesícula en el tronco. En la primera visita no obser-
vé nada que confirmase el diagnóstico de sífilis; pero después
supe que la madre del niño había padecido esta enfermedad,
dando á luz, dos años antes, una criatura que á los ocho meses
murió de dicha afección. En el caso de que hablo se adminis-
tró el mercurio y la erupción cesó; pero á los dos meses me
presentaron de nuevo el pequeño paciente, que estaba dema-
crado, con gangosidad é hinchazones dolorosas en las extre-
midades de varios huesos. El tratamiento no se había emplea-
do con eficacia. No conozco el resultado.

Debe notarse que este pémfigo sífilítico tiene poca ó ningun-
a semejanza con el *pemphigus diutinus*, como no sea por el
caracter flictenoso de la erupción. Este último no se limita
nunca á las manos y la cara, ni afecta á los niños, y casi in-
variablemente persiste y se extiende hasta que se administra
el arsénico; pero es curioso que ambas afecciones tienden á
producir la muerte si no se tratan.

No soy competente para decir si hay alguna condición in-
fantil no relacionada con la sífilis en que las flictenas de las
manos y de los pies sean de carácter peligroso. Si se presenta-
se algún caso á la observación, merecería estudiarse cuida-
damente y recordarlo.

COMENTARIO CCVI

*Sobre la exfoliación de la corona de los dientes en la infancia,
y sobre el pémfigo con alteración de las uñas*

En mis primeras observaciones sobre los dientes sífilíticos,

recordé, para demostrar que las raíces de aquéllos se inflaman á menudo durante la sífilis primaria de los niños, varios casos en que se habían formado flemones gingivales y en que las coronas de los dientes no echados aún se habían desprendido. Cuando esto sucede, siempre son los incisivos centrales superiores los que padecen. Poseo varios ejemplares de dichas coronas exfoliadas bajo las circunstancias á que me he referido.

En el *Medical Times and Gazette* de 1879 se cita un interesante caso por mi amigo M. R. Parker, que ilustra este y otros puntos importantes. El paciente estuvo á su cuidado cuando sólo tenía tres semanas; y á pesar del aparente buen éxito del tratamiento mercurial, murió á los dos meses.

El niño parecía sano al nacer, pero muy pronto comenzó á demacrarse. Manifestóse gangosidad y se formaron placas mucosas, con otras condiciones descritas del siguiente modo: temperatura en las axilas, 39° C.; correspondiendo con el sitio de los dos incisivos centrales superiores, había dos flemones del tamaño de guisantes grandes, de los que el uno estaba más adelantado y parecía á punto de ceder. El resto de las encías estaba muy rojo é inflamado, y la mucosa bucal presentaba un aspecto como turgente. Al dilatarse uno de estos *flemones* (uso la expresión de la madre), se cayó un diente de leche. Las manos y los pies aparecían con síntomas muy particulares. En las extremidades de unos y otros veíanse pequeñas flictenas de diversos tamaños, y había otras diseminadas en aquéllos, así como en las palmas de las manos y las plantas de los pies. En otros sitios veíanse placas rubicundas y como si se fueran á formar nuevas ampollas. Estas últimas parecían del todo superficiales, sin manifestar tendencia á ulcerarse profundamente.

Las uñas de los dedos índice y medio derechos, y anular y medio de la mano izquierda, habían desaparecido desalojadas por la inflamación flictenosa. Las uñas de los pies eran normales, y durante el curso de la enfermedad se afectó otra de un dedo de la mano. Al principio hubo una exudación de color amarillento pálido, visible debajo de la uña á través de ésta, aunque no parecía afectada, pues presentaba una super-

ficie lisa y brillante. En otros casos hubiérase dicho que la uña sufría un cambio de forma más bien que de sustancia, porque se arrugaba. La exudación que había debajo de todas se hizo gradualmente purulenta, secándose á lo largo de los bordes y descamándose después. No había flictenas de pémfigo en otras partes del cuerpo, ni infarto glandular.

COMENTARIO CCVII

Sobre la importancia del cuidado con que debe apreciarse la deformación de los dientes

Debo repetir que la mayor parte de las deformaciones más marcadas que los dientes presentan no son sifilíticas: algunas de ellas, como los dientes llamados *mellados*, son caracteres de familia que se observan en diversas generaciones, sin que impliquen nada en cuanto á la salud ó la diatesis de los individuos que los presentan; y otras, en mayor número (dientes picados, socavados, conibados, descoloridos, etc.), se deben probablemente á ataques de estomatitis en la infancia, y no á la sífilis. No dudo que entre las causas de estas estomatitis la influencia del mercurio ocupa el primer lugar. No es fácil producir el ptialismo en los niños; pero esto no implica que no se congestionen las encías cuando están bajo la influencia del mercurio, lo cual podría entorpecer el desarrollo normal de la pulpa dentaria. Los defectos resultantes que se observen estarán en relación con el rigor de la mercurialización y la edad del niño. Los dientes cuyas coronas están bien calcificadas antes del tratamiento mercurial, no pueden perjudicarse por esto, y parece que tampoco padecen mucho los que se encuentran en el primer período de su desarrollo. Los que se hallan muy adelantados, sin estar todavía del todo duros, son los más aptos para resentirse de la infección. La causa más común del deterioro del esmalte de los dientes permanentes, es el uso del mercurio para las enfermedades que coinciden con la dentición primaria, bien sea por prescripción médica ó de

otro modo. La casi constante coexistencia de la formación defectuosa del esmalte con los desprendimientos lamelares, y de ambos con antecedentes de convulsiones en la infancia, ofrecen, en mi opinión, un buen ejemplo de esto. En la mayor parte de tales casos, vemos que las convulsiones fueron tratadas con los calomelanos; y si alguna vez hay prueba de que no se dió el mercurio, los dientes se hallarán en su estado normal. Sin que sea mi ánimo decir que todos, ó casi todos los defectos no sífilíticos en el desarrollo de los dientes, se deben al mercurio, sostendré con toda confianza la proposición de que casi invariablemente se deben á inflamación de las encías, sea de la especie que se quiera. Puede haber habido una erupción aftosa, ó una estomatitis folicular, ó es posible que medie alguna causa menos definida; pero debe haberse producido alguna forma de congestión inflamatoria de la pulpa dentaria.

En el caso de la sífilis comprendemos sin dificultad que, siendo los dientes parte del dermo-esqueleto, pueden sufrir con la piel y sus apéndices; y no hay motivo para extrañar que afecte simétricamente algunos de aquéllos, dejando los demás casi indemnes. Sin embargo, aunque insistimos en la importancia de fijar exclusivamente la atención en los incisivos centrales superiores, no se crea que los demás dientes escapan del todo: basta mirar nuestra lámina VI para convencer á cualquiera de que todos son más ó menos diminutos, presentando muchos de ellos otros defectos de menor importancia.

Se ha de tener en cuenta que rara vez se nos presenta oportunidad de examinar dientes en que sólo haya influido la sífilis: los más de los que padecen esta enfermedad son tratados con mercurio en la infancia, y en la mayor parte de las bocas que presentan dientes sífilíticos encontramos también los resultados de la estomatitis mercurial. A menudo es muy difícil señalar con exactitud á cada causa la participación que tienen en los resultados. Como ya se ha dicho, todos los defectos horizontales, los que son generales y no particulares á dientes emparejados, se deben considerar como no específicos. La estomatitis mercurial perjudica con frecuencia toda

la serie de una manera no observada en la sífilis; pero hay dos dientes que por lo regular escapan de esta afección y padecen mucho por el mercurio: son los primeros molares permanentes. Se desarrollan casi simultáneamente con los incisivos centrales, y se suelen echar un año antes que éstos; hallándose, por lo tanto, en peligro de sufrir por las mismas influencias. Si se resienten de la sífilis, su condición es presentar su extremo libre acupulado, debiéndose esto á la detención del desarrollo de los dientes centrales. Se observará que esta detención es exactamente la que ocurre en los incisivos del centro. Si el defecto se debe al mercurio, es diferente: entonces encontramos, no sólo detención en el crecimiento, sino defecto considerable en la formación del esmalte. Si me refiero ahora á los efectos presentados por los dientes mercuriales, es por las importantes relaciones que tienen con los de la sífilis, y por los muchos errores á que dan lugar en el diagnóstico. En casi todas las láminas á que nos hemos referido, las condiciones debidas al mercurio se observan junto á las que provienen de la sífilis, y á menudo se ven unas y otras. No es inverosímil que el uso del mercurio para la curación de la sífilis infantil tienda á evitar y disminuir las deformaciones especiales debidas á esa enfermedad; pero al mismo tiempo agrega otras, y todas se mezclan de una manera inextricable.

COMENTARIO CCVIII

Sobre la importancia de examinar toda la familia en los casos en que se sospeche la sífilis hereditaria

En todos los casos en que queda alguna duda en cuanto al reconocimiento de la infección hereditaria en un paciente, se ha de procurar ante todo averiguar la historia de la familia, y practicar después una inspección de todos los hermanos y hermanas. Sucederá á menudo que mientras varios niños no presentan ninguna señal marcada, un individuo de la familia, por tener dientes típicos ó por los restos de una antigua co-

roiditis, por su fisonomía ó por un ataque de keratitis, infundirá sospechas del todo justificadas. Al informarse de la historia de una familia sobre este punto, bueno es proceder metódicamente. El siguiente caso demostrará la conveniencia de clasificar los hechos según su orden cronológico:

El padre tuvo sífilis en la época de su matrimonio.

La madre padeció una erupción sifilítica seis semanas después del casamiento.

1.^o año de matrimonio.—Los dos padres sifilíticos.

2.^o año.—Nació una niña, sin presentar síntomas especiales. Vivió y seguía bien.

3.^o año.

4.^o año.—Una niña (primera) que murió al nacer.

5.^o año.—Un aborto á los tres meses.

6.^o año.

7.^o año.—Una niña (segunda) sufrió gravemente.

8.^o año.

9.^o año.—Una niña que murió al nacer.

10.^o año.

11.^o año.—Una niña que murió al nacer.

12.^o año.

13.^o año.

14.^o año.—La madre padecía hemiplegia izquierda y parálisis del quinto nervio derecho.

15.^o año.

16.^o año.—La enferma segunda estuvo á mi cuidado por aquejar exostosis de la tibia y keratitis: dientes típicos.

Esta historia prueba la prolongada resistencia de la enfermedad y la propensión á transmitirse á la progenie, haciendo ver igualmente que un niño nacido muy poco después de la afección primitiva puede escapar casi del todo, mientras que otro dado á luz algunos años después es susceptible de padecer rigurosamente.

COMENTARIO CCIX

*Notables irregularidades en la trasmisión de la sífilis
de los padres á los hijos*

Todos admitirán que en distintos individuos la sífilis adquirida se desarrolla con diferentes grados de intensidad. En su mayor parte debemos aceptar este hecho sin explicación, diciendo simplemente que demuestra en sí que los individuos difieren mucho en su grado de susceptibilidad al virus sifilítico; ó tal vez debamos expresarnos de otro modo, diciendo que los tejidos de diversos individuos presentan diferente tendencia respecto á los efectos de la sífilis, pues muchos hechos demuestran que no difiere tanto la susceptibilidad como las especies de reacción. En veinte personas que padezcan la afección en grados muy distintos de gravedad, puede ser cierto que ninguna difiera de las demás en cuanto á la susceptibilidad. Todas contrajeron la afección tan fácilmente unas como otras, todas pasaron por los mismos períodos, y todas se preservaron igualmente de futuros ataques; pero pudo ser muy diferente la especie de manifestación. Es posible que uno tuviera un chancro que duró un mes ó dos meses, aunque sin causarle molestia, y que no fué seguido de ningún síntoma que pudiera reconocerse como fenómeno constitucional; mientras que otro estaría tal vez invadido por una erupción de pies á cabeza, perdiendo el cabello, con úlceras en la garganta, iritis, y un estado general que le afligiese durante meses. Que el uno atravesó los períodos de la fiebre sifilítica como el otro, se demuestra por la casi igual propensión á los síntomas terciarios é idéntico peligro de trasmisión á los hijos. Algunos médicos, á quienes se deben útiles investigaciones sobre las formas graves viscerales de la sífilis terciaria, sostienen que es excepcional en estos casos obtener suficientes antecedentes acerca de los síntomas secundarios. Sin participar de esta opinión, y creyendo que los síntomas secundarios

y terciarios suelen estar, por lo que hace á la gravedad, más bien en razón directa que inversa, es importante, sin embargo, para el presente objeto, referirme á este punto, admitiendo que sobre él pueda decirse mucho.

No es cierto que esta gravedad variable en el período secundario se deba explicar con referencia al estado de salud del paciente, al temperamento, la edad, el sexo ó la diatesis.

Los más robustos son á menudo los que más padecen; y aunque podemos admitir que la sífilis presenta ciertas ligeras diferencias en relación con la edad, el sexo y el temperamento de sus víctimas, la verdad es que estos últimos explican muy poco las variaciones de gravedad que yo he advertido. Parece probable que los síntomas secundarios suelen guardar proporción con los primitivos; pero de todos modos es muy raro que un paciente que ha tenido un chancre de inusitado desarrollo en cuanto á sus dimensiones é induración, escape (salvo el resultado de un buen tratamiento) de una fuerte sífilide. Con esto queremos decir que la manera y grado como se indura el chancre indica de qué modo las estructuras celulares del individuo padecerán, sin duda, cuando se hallen bajo la influencia del virus sífilítico. Aparte de esto, no tenemos conocimientos que nos permitan predecir durante el primer período de la sífilis, ó antes de él, si un individuo dado padecerá gravemente ó no por efecto de la afección: esto sería tan difícil como señalar los que han de tener la viruela maligna. Así en caso de exantemas médicos como en los de la sífilis, parecería que la diferencia de constitución que determine la gravedad ó benignidad puede ser muy ligera, pues obsérvase bastante á menudo que, de los hermanos ú otros parientes, al parecer de temperamentos análogos y de semejantes condiciones de salud, uno sufre mucho y el otro escapa con una ligera molestia.

Estoy seguro de que es casi imposible apreciar lo bastante la importancia del hecho de que la sífilis adquirida es, por muchas razones que no podemos explicar, muy desigual en sus efectos en diferentes personas. Por falta de no hacer esta debida apreciación, nos exponemos á errores sin fin en nues-

tras deducciones, así respecto á la historia natural de la enfermedad como á los resultados del tratamiento.

Un argumento análogo es aplicable á la sífilis hereditaria. No sabemos aún en qué límites de gravedad ó benignidad puede variar la afección: nuestras investigaciones en esto tropiezan con más dificultades é incertidumbres aún que en el caso de tratarse de una sífilis adquirida. En primer lugar, no sabemos si la infección hereditaria es siempre de la misma especie. Ha sido costumbre considerar, por lo que hace á la herencia, que el niño nacido cuando más reciente es la infección de los padres es el que está más expuesto á padecer severamente, y que los más jóvenes, si no escapan del todo, pueden tal vez sufrir ligeramente; pero hay un error posible sobre este punto, y es muy conveniente exponerlo. Puede suceder que después de todo no haya grados de gravedad en la herencia, ni variedades en la intensidad del virus recibido por el niño, y que, si éste hereda cualquier afección, hereda necesariamente toda la enfermedad. Es posible que la gravedad desigual con que los diversos niños sufren pueda explicarse más bien por diferencias en la idiosincracia que no suponiendo que uno recibió una considerable dosis del veneno, y otro muy escasa. Sería probable que sucediese así si demostrásemos que de los niños nacidos en períodos igualmente cortos, á contar desde el contagio de los padres, las variaciones en gravedad fuesen tan considerables como cuando los intervalos son remotos. Con la esperanza de proporcionar alguna prueba sobre éste y otros muchos puntos respecto á la herencia de la infección, he querido presentar en estas páginas muchos casos. Los casos aislados prueban poco; y estando convencido de que sólo por las más numerosas evidencias podemos llegar á la verdad, me he atrevido á abusar de la paciencia del lector con tantas narraciones.

Para demostrar la aparente irregularidad con que la infección sifilítica se trasmite á los niños, lo mejor que puedo hacer es citar dos casos que observé últimamente en el mismo día. Por la mañana, un médico del campo me consultó respecto á su misma persona. Se había casado tres ó cuatro años después de padecer la sífilis, habíase tratado la primera vez

durante seis meses, y se creyó restablecido por espacio de dos años ó más. Su mujer no sufrió nunca, pero los dos primeros niños nacieron muertos; y los dos siguientes, aunque salieron á luz vivos, sucumbieron con los acostumbrados síntomas de la enfermedad hereditaria: siete más viven ahora, y todos ellos han presentado síntomas de sífilis infantil. De modo que parecería que en once concepciones sucesivas hubo infección, procediendo la herencia sólo del padre, aunque habían pasado quince años desde que éste contrajo la enfermedad. Ahora citaré otro caso como contraste. En el mismo día, mi amigo el doctor Fletcher me presentó una señora casada que venía del campo, y cuyos antecedentes eran bien conocidos de mi colega. El esposo de esta señora había contraído sífilis durante el primer embarazo de su mujer, y fué tratado por el doctor Fletcher. La señora presentó, unos seis meses después, los acostumbrados síntomas. Tuvo sífilides, perdió el cabello y se le formaron úlceras en la lengua. Los síntomas primitivos se habían descuidado, porque el marido no quiso exponerse á excitar las sospechas de su señora. Después de esto, la paciente estuvo bajo la observación del doctor Fletcher y aun tiene numerosas úlceras en los bordes de la lengua y en las comisuras de los labios, sin contar varias manchas en la piel. Para examinar estos síntomas persistentes me fué presentada. El hecho curioso en cuanto á la herencia, es que la señora había dado á luz dos niños en los dos últimos años, sin que ninguno de ellos presentara síntomas. Se observará que padre y madre habían sufrido en tres años, y que la segunda presentaba aún síntomas que indicaban mucha actividad en el virus. Yo hubiera considerado casi imposible que pudieran nacer niños bajo tales circunstancias, salvándose de la infección. Como quiera que sea, y aunque sin creer que realmente se libren, las dos series de hechos pueden servir para confirmar mi modo de ver en cuanto á la gravedad desigual en la incidencia de la enfermedad, indicando una causa de error en nuestras observaciones; causa que nunca recomendaremos bastante que se tenga muy presente.

COMENTARIO CCX

¿Produce alguna vez la diatesis escrofulosa, propiamente dicha, depósitos periósticos como los de la sífilis?

El siguiente relato puede convenir muy bien á esta importante cuestión.

El caso me fué presentado por mi colega el doctor Woodman en abril de 1870. El paciente era un niño de tres años, que á primera vista no parecía sujeto á la sífilis hereditaria, porque estaba robusto y no ofrecía ninguna particularidad en el rostro. Sin embargo, aquejábale un enojoso eczema cerca de la boca, surcado por varias fisuras, y observábase un ligero raquitismo, hallándose encorvados hacia fuera los huesos de los muslos y las tibias, mientras que las rodillas eran abultadas y los pies aplanados. La madre aseguró que el niño disfrutaba de salud en la infancia, salvo que tuvo una fuerte erupción. Tomó el pecho hasta la edad de quince meses, y no le faltó nunca abundante alimento. A los dos años manifestáronse varias hinchazones periósticas en diferentes huesos; el radio y la tibia derechos y el carpo izquierdo se afectaron, presentando después el cúbito izquierdo una dilatación semejante. No hubo articulación afectada más que la del carpo. Todas estas hinchazones persistieron como depósitos crónicos durante quince meses, y sólo la del carpo dió lugar á un absceso. Los depósitos no se podían distinguir de los que se observan en la sífilis hereditaria.

El niño parecía escrofuloso mejor que no sífilítico; podía correr con ligereza, y no le habían dolido nunca las hinchazones, particularmente durante la noche. No existían antecedentes de sífilis en la familia. Cuatro niños de más edad vivían y estaban buenos, y el único hecho sospechoso era que todos en la infancia padecieron una copiosa erupción como la que aquejaba el paciente.

Así, pues, parecía cierto que el niño estaba afectado de

diatesis escrofulosa y había sufrido una discrasia raquítica. ¿Se explicarían los depósitos por una de estas afecciones, ó por ambas? El caso era de aquellos en que podía esperarse para lo futuro una demostración más concluyente; mas por entonces las señales favorecían la creencia de que los depósitos eran escrofulosos ó raquíticos, por más que yo me inclinaba á creerlos sifilíticos. En cada caso el depósito abarcaba varias pulgadas de longitud en el hueso, y era blando al tacto, con bordes mal definidos y sin haber rubicundez de la piel en ninguno.

Quince años han trascurrido desde que escribí las anteriores notas, y no he obtenido más detalles respecto al paciente ó su familia. Alguna mayor experiencia acerca de la cuestión en general me inclinaría á emitir una opinión más decidida de que el niño debía haber sido sifilítico. Cada año estoy menos dispuesto á creer que la escrófula ó el raquitismo simulen la sífilis, produciendo depósitos múltiples; y cuando éstos se presentan en las diáfisis de los huesos largos, es más probable que se relacionen con la infección específica.

CAPITULO XII ⁽¹⁾

Sobre el reconocimiento de la mácula hereditaria

COMENTARIO CCXI

Medios de reconocer los individuos que padecen heredito-sífilis en los periodos siguientes á la infancia

La determinación de un diagnóstico de infección venérea hereditaria debe tratarse siempre como asunto que lleva consigo una responsabilidad particular, pues á menudo ofrece mucha dificultad y exige especiales conocimientos. En la mayoría de casos el médico se halla privado, por obligaciones morales ó por delicadeza, de dirigir preguntas claras ó que pueden excitar recelos. Si se trata de la madre de un paciente, á la cual se debe someter á interrogatorio, es muy posible que se induzca á sospechar lo que nunca había soñado antes, bastando esto, bien resulte verdad ó no, para emponzoñar su felicidad por toda la vida. En el ejercicio de nuestra profesión no hay

(1) Las observaciones de este capítulo se aplican sólo al reconocimiento de la diatesis heredito-sifilítica en edades muy lejanas de la infancia.

deber más imperioso que el de abstenernos de despertar inútilmente en el ánimo de nuestros enfermos sospecha alguna en cuanto á la fidelidad conyugal. Generalmente no se necesitan tantas precauciones para informarse del padre como las que convienen para interrogar á la madre; pero nadie querría tener la crueldad de inducir á un hombre, por más que se diga la verdad, á atribuir á sus propias faltas los padecimientos de su hijo. Estas consideraciones aumentan por mucho la importancia de los síntomas objetivos en que estamos acostumbrados á fundar un diagnóstico de semejante naturaleza. Trataré de ser todo lo explícito posible para determinar el grado de valor que en mi concepto merezcan algunos.

En todo caso en que se sospeche la infección sifilítica, es preciso buscar la seguridad, primero examinando los síntomas del paciente y el desarrollo de sus particularidades, y después informándose sobre los antecedentes infantiles. Entre los síntomas objetivos, el más digno de confianza es el estado de los dientes si el enfermo tiene edad para mostrarlos. Aunque los dientes permanentes temporales suelen presentar algunos caracteres en los niños sifilíticos, de los que un hábil observador puede aprovecharse, no manifiestan nada que sea patognomónico, ni que nos atrevamos á describir con toda confianza. Los *incisivos superiores centrales de la segunda serie son los dientes de prueba*, y el médico que no esté bastante familiarizado con las muy comunes formas de deformación dentaria evitará muchos riesgos de equivocarse si limita su atención á dicho par.

En los pacientes sifilíticos estos dientes suelen ser cortos y estrechos, con una ancha escavación vertical en los bordes, y los ángulos redondeados. A menudo se ven surcos ó ranuras horizontales, mas por regla general nada tiene que ver con la sífilis. Si se preguntara si son los dientes del tipo descrito patognomónicos de la infección hereditaria, contestaré sin reserva que cuando están bien caracterizados los tengo por tales. He conocido muchos casos en que el tipo se marcaba tan ligeramente que sólo servía para despertar sospechas; pero nunca lo vi bien caracterizado sin tener razones para creer que la sospecha indicada tenía buen fundamento.

Nuestra lámina VI demostrará mejor que ninguna descripción escrita los caracteres de los dientes sifilíticos. Las figuras 2, 3, 4 y 5 representan deformaciones típicas. El diente de la figura 1 había sido echado muy recientemente, y se ven algunas pequeñas espinas ocupando la escavación, que muy pronto se romperán dejando un estado semejante á lo que representa la figura 3, en la cual uno de los caninos está escavado, condición muy especial. La figura 4 nos muestra los incisivos centrales de buena longitud, aunque estrechos; mientras que en todos los demás aparecen muy disminuídos por tal concepto. En la figura 5 vemos las puntas foliadas ó verrugosas que algunas veces presentan los incisivos inferiores.

Lo que más importa, después de las deformaciones de los dientes, es el estado de la piel del enfermo, la forma de la nariz, el contorno de la frente y la configuración de la cabeza. La piel está á menudo espesada, pastosa y opaca; pero no pocas veces notablemente blanda y sedosa. Con frecuencia presenta ligeros hoyos ó cicatriculas, restos de una erupción primaria, y de las comisuras de los labios irradian algunas de aquéllas, corriéndose hasta las mejillas. El dorso de la nariz suele ser ancho y bajo, y á menudo hállase notablemente hundido. Una falta de firmeza en el tabique cartilaginoso, que permite á la punta de la nariz moverse de un lado á otro con facilidad, es una condición algo común á que se debe atender. La frente suele ser ancha y protuberante en las regiones de los senos frontales, y con frecuencia hay una ancha depresión bien marcada un poco más arriba de las cejas. El cabello suele ser seco y delgado, y á veces (raramente) las uñas están rotas ó se exfolian en capas. Si los ojos han padecido ya, las córneas estarán empañadas y el iris sin brillo, pudiendo esperarse que haya sinequias; pero si los ojos no han sido atacados aún por la inflamación sifilítica, no presentarán desviación alguna del tipo de perfecta salud y brillantez. La keratitis intersticial y simétrica bien caracterizada, se considera ahora por casi todas las eminencias médicas como patognomónica de la infección hereditaria. Por lo regular siempre coincide con el tipo sifilítico de los dientes; y cuando se hallan estas dos condiciones juntas en el mismo individuo, pensaría que el diag-

nóstico es indudable. Sin embargo, por regla general, sólo apreciando cuidadosamente las diversas condiciones fisiognomónicas y los síntomas en conjunto, es como se puede establecer el diagnóstico de esta diatesis. A los que no han estudiado especialmente las deformaciones de los dientes debo recomendarles sobre todo que procedan con mucha atención en sus deducciones, porque pueden seguirse consecuencias muy sensibles y dolorosas cuando se confía demasiado apresuradamente en síntomas que se interpretan mal.

No solamente es muy propenso el cráneo á presentar protuberancias particulares en los senos frontales, sino que con frecuencia las encontramos en otras partes. El cráneo en su conjunto es muchas veces algo cuadrado; todos los huesos largos se deben examinar también, sobre todo las tibias, pues no es raro descubrir depósitos en ellas, acompañado á veces de excesivo crecimiento del hueso en su longitud. Se ha de observar igualmente el estado de los oídos; y si hay sordera simétrica ó precedentes de un ataque de aquella, sin flujo, el hecho será muy corroborativo. Por último, es necesario practicar un cuidadoso examen oftalmoscópico del fondo del ojo. Las manchas de absorción en la coroides, en la extrema periferia, están á menudo presentes, y su valor para el diagnóstico es grande, aunque es posible que no se deban considerar como patognomónicas de la sífilis. También se hallará alguna vez una condición algo semejante á la retinitis pigmentosa; pero es rara y no del todo digna de confianza.

COMENTARIO CCXII

Detalles del diagnóstico de sífilis hereditaria obtenido por los dientes

Aunque mis opiniones respecto al valor de los dientes deformados como indicio de la sífilis congénita no se han modificado mucho desde que publiqué mis primeros estudios sobre la

materia en 1858, he descubierto después diversos detalles que no me eran familiares en aquella época. Si ahora se me preguntase si los dientes se deben considerar como síntoma concluyente á falta de historia y de condiciones que lo corroboren, contestaría sin vacilar que en muchos casos se puede hacer así. No es raro ver dientes tan característicos que desde luego se tendría la seguridad, á falta de otros datos, y aun á pesar de ellos, de que la persona que los presenta debía haber heredado la sífilis; pero una gran mayoría de casos no son tan característicos que basten para justificar semejante opinión: sólo despiertan sospechas, y se les ha de dar más ó menos importancia según los diferentes casos y en relación con los hechos corroborativos. Hartas oportunidades he tenido para comprender que las deformaciones de los dientes como síntoma son asunto de mucha dificultad práctica. En muchos casos se me han enviado pacientes considerados como «evidentemente sifilíticos» por tener «dientes típicos;» y, sin embargo, no tuve motivos para sospechar la infección congénita. Conviene, pues, que trate de especificar algunas de las más comunes causas de error.

El primer peligro consiste en olvidar el hecho de que los primeros dientes no están nunca característicamente deformados, y el otro en descuidar la regla de que sólo deben mirarse por lo regular los incisivos centrales superiores. Verdad es que los otros dientes, sobre todo los incisivos inferiores, están á menudo deformados al principio, pero sus particularidades no son características; y aunque éstas sean muy marcadas, se deben y suelen deberse á otras causas que no á la sífilis.

También es cierto que los primeros dientes en los niños sifilíticos son á menudo muy peculiares. En mis escritos he dado algunas buenas ilustraciones sobre la manera como suelen padecer dichos dientes. Hay casos en que sus raíces supuran, y en que las coronas, casi siempre de los incisivos centrales superiores, están exfoliadas antes de echarse. Este hecho es uno de los más demostrativos que se pueden aducir en apoyo del aserto de que las encías y las raíces de los dientes son propensas á congestión é inflamación durante el

período secundario de la sífilis en los niños. Nunca he visto esta exfoliación supurativa de los incisivos superiores sino en aquellos que padecían sífilis.

Un carácter más común que la exfoliación tenemoslo en las caries, á menudo muy peculiares en su forma. El cuello del diente, una vez atacado, se corroe rápidamente al través, cayendo entonces la corona: de este modo los incisivos del maxilar superior pueden quedar destruídos, y desde la edad de dos á seis años es posible que el niño quede sin dientes en tal parte. Algunas veces se afectan los incisivos inferiores, pero esto es más raro. Ignoro cuál es la causa de esta caries destructora. Como la corona es lo primero que se calcifica, podemos ver fácilmente cómo puede escapar del deterioro durante una enfermedad sifilítica, á la edad de un mes y seis semanas después de nacer; mientras que el cuello y las raíces pueden organizarse defectuosamente. Esta es probablemente la explicación. Aunque la exfoliación de las coronas sea rara, es posible y probable que sean comunes los grados menores de acción inflamatoria. Podemos conjeturar que los niños que manifiestan tendencia á la caries rápida del cuello del diente son aquellos en quienes la inflamación de las raíces durante la infancia terminó más pronto por supuración. Aun hay otra circunstancia más plausible, y es que los niños que padecen precozmente de caries son aquellos á cuyas madres se administró el mercurio en abundancia cuando estaban embarazadas. Para explicar las particularidades que presentan los dientes de que hablamos, debemos sospechar influencias que obraron durante los últimos períodos de la vida intrauterina, ó los más tempranos de la infancia. Las condiciones que he citado, y que no dejan de ser comunes en los primeros dientes de los niños sifilíticos, no han de considerarse como síntomas patognomónicos: mejor sería considerarlas como sospechosas, pues probablemente obsérvanse estados muy semejantes, no pocas veces, en los niños que no padecen sífilis.

Tratándose de los dientes permanentes, los errores son muy comunes respecto á los que tienen el carácter de ásperos, aflautados, etc., que suelen implicar estomatitis en la infan-

cia. Estos defectos en los dientes son á menudo más marcados que las particularidades que denotan sífilis, y por esto coméntense á menudo errores en el diagnóstico, á veces muy graves. Para evitarlos, bueno es no sólo observar primero los incisivos centrales superiores, sino atenerse á los siguientes datos:

Todas las señales trasversas (es decir, líneas que cruzan varios dientes al mismo nivel) no se deben tener en cuenta.

Los meros defectos en la formación del esmalte, que ocasionan la formación de hoyuelos ó grietas irregulares, no deben llamar la atención.

Las proyecciones foliadas ó en forma de verrugas, con deficiencia del esmalte, aunque muy sospechosas, no merecen confianza.

Los que se han llamado *dientes enclavijados* son también sospechosos, pero no nos debemos fiar en absoluto.

Al examinar los *dientes de prueba*, es decir, los incisivos centrales superiores, debemos fijarnos sobre todo en su tamaño y sus bordes: los dientes típicos tienen siempre una sola escavación en el centro de aquéllos, escavación más ó menos semilunar y acompañada de un redondeamiento de los ángulos.

El diente es, por lo regular, enano en cuanto á su longitud y su anchura. No está aplanado como un incisivo normal, sino que se redondea, y afecta más ó menos la forma de clavija. En la mayoría de casos el esmalte es deficiente en el centro de la escavación, pero no siempre.

Los dientes no están con frecuencia debidamente colocados, sino que se inclinan uno hacia otro ó en opuesta dirección, teniendo rara vez bastante anchura para hallarse en contacto.

Los observadores hábiles, Mr. Moon entre otros, han descrito ciertas particularidades en la forma de los molares, *muelas en forma de cúpula*, que son más ó menos características. Respecto á ellas y á otras (que tienen mucho valor para los que saben aprovecharlas), sólo diré á los que no sean especialmente prácticos, que estén muy alerta y que lo más seguro es confiar sólo en los incisivos centrales superiores. Si son típicos, basta; mientras que, de lo contrario, no conozco otras particularidades que puedan justificar un diagnóstico.

COMENTARIO CCXIII

Sobre la carencia de deformaciones de los dientes y de la keratitis en muchos casos de sífilis hereditaria

Los dientes sifilíticos se hallan probablemente sólo en una minoría de los que padecen la sífilis hereditaria, y esto es de todos modos verdad si limitamos nuestra atención á los verdaderamente característicos. No cabe duda en que dientes de perfecto desarrollo se ven no pocas veces en las bocas de los que han padecido una grave infección congénita: en tales casos debe presumirse que el período de inflamación de las encías en la temprana infancia, por el cual tratamos de explicar las deformaciones, no existió.

Es un hecho curioso que se observen á menudo ciertos resultados de infección hereditaria en niños que no presentan dientes deformados; mientras que rara vez se encuentren en otros, como no sea en compañía de aquéllos. Hace largo tiempo observé que en los casos de goma ulcerativo del paladar en los jóvenes, los dientes no suelen ser nunca típicos, y otras observaciones han confirmado para mí el hecho. Los mismos pacientes no dejan de escapar de la keratitis; y la omisión de estas dos indicaciones de sífilis, que tienen mucho valor, me condujo durante algún tiempo á conservar dudas sobre si estas lesiones del paladar eran realmente sifilíticas; pero estas dudas se han desvanecido con la experiencia. Yo consideraría ahora la destrucción ulcerativa del paladar, en un sujeto joven, como una prueba concluyente de la infección congénita, y no daría valor diagnóstico á la carencia de keratitis y de dientes deformados.

Uno y otro síntoma pueden no existir á menudo cuando el paladar se ulcera, y muy comunmente se apoyan entre sí. Pocos de los que tienen dientes bien caracterizados escapan de la keratitis, y es excepcional ver esta afección sin dientes típicos.

Los que carecen de ellos no presentan tampoco á veces particularidades en la fisonomía, lo cual equivale á decir que todos los que en la infancia padecieron severamente, y en quienes la fisonomía presenta como un sello, sufrieron también estomatitis como parte de la enfermedad general. Esto supone que hay una clase de pacientes en los que, á pesar de los modernos adelantos del diagnóstico, el reconocimiento de la afección congénita es cosa muy difícil, tal vez imposible. No podemos decir si esta clase es ó no numerosa, que probablemente no lo será; pero debemos estar preparados á encontrar á veces manifestaciones de sífilis hereditaria en aquellos que no presentan un solo carácter corroborativo.

CAPITULO XIII

Comentarios sobre ciertas afecciones de la piel, garganta, huesos, etc., en relación con la sífilis hereditaria

COMENTARIO CCXIV

*Deformaciones de las articulaciones por efecto de periostitis
sífilítica en la infancia*

Algunas veces se presentan singulares y muy engañosas deformaciones de las articulaciones por el crecimiento irregular de los huesos largos en la sífilis congénita, á los cuales contribuyen á veces las alteraciones en la forma de las extremidades epifisarias debidas á la misma causa. Hace muchos años tuve á mi cuidado en el Hospital de Londres una niña de seis, afectada de grandes exostosis en ambos fémures, y que sin duda alguna padecía sífilis congénita. La forma de sus codos se había alterado de tal manera que la extremidad del radio estaba desviada hacia arriba sobre la epitróclea, y simulaba muy bien una luxación. Dudábamos si era ó no una condición congénita; pero yo me inclinaba á atribuir-la á las citadas influencias, pensando que el radio había crecido con exceso. Algunos hechos de que me informó

Mr. Hacon confirmaban esta opinión. La paciente de mi colega era una muchacha de catorce años, atacada de la afección específica, y que había padecido antes keratitis con depósitos múltiples. En un codo parecía estar el radio dislocado hacia fuera; mas por un cuidadoso examen era fácil asegurarse de que no había luxación y de que la deformidad se debía al aplanamiento de la epitróclea.

Hallábase de tal modo alterada la forma de la epifisis inferior, que al medir el través del dorso de la articulación desde un condilo á otro, notábase la diferencia de cerca de una pulgada en favor de la parte resentida; de modo que la epitróclea se proyectaba mucho más que el condilo, contrariamente á lo que es normal.

Mr. Hacon me dijo que había conocido dos casos algo semejantes. Estas curiosas deformaciones se deben probablemente al excesivo crecimiento de algunas partes de la misma epifisis, así como las hay en los huesos largos, en semejantes circunstancias, por efecto de una inflamación sífilítica duradera.

Cuando se presenta en los niños algo parecido á la *osteítis deformante*, casi siempre es consecuencia de la sífilis.

COMENTARIO CCXV

Periostitis en la infancia: detención del desarrollo del radio

El señor y la Sra. C. padecían sífilis á la vez y muy rigurosamente, y á los dos se les trató con mercurio, pero creo que no por largo tiempo.

Su primer hijo, nacido en mayo de 1880, murió.

El segundo, nacido en 1881, me fué presentado á las catorce semanas. Era una niña en la que se notaba gangosidad y presentaba una erupción papulosa, habiendo comenzado los síntomas á las seis semanas de ver la luz. También aquejaba hinchazón y dolor en la muñeca izquierda, y con este síntoma declaro el caso. Seis ú ocho meses después volví á verla. Aun

era una niña muy poco desarrollada, pero estaba exenta de todo síntoma, excepto el engrosamiento de la extremidad superior del radio, que aun era considerable; pareciendo que su desarrollo se contuvo por el del cúbito, que empujaba el carpo por el lado radial. Se me dijo que había habido nudosidades en el cráneo, pero ya no se veían.

COMENTARIO CCXVI

Sobre la ulceración del paladar en la sífilis hereditaria

Es un hecho muy importante que, en los casos en que el paladar y la nariz son atacados, rara vez se deforman los dientes. No sé cómo explicarlo, pero el hecho es positivo, y á menudo es causa de gran dificultad en el diagnóstico. En el Hospital de Londres tuve á mi cuidado un muchacho de doce años aquejado de una úlcera perforante del paladar blando. Era casi fagedénica y apenas podía deberse más que á la sífilis. Pero la fisonomía era sana y los dientes perfectos, y no pude obtener datos que confirmaran la suposición. Con el ioduro de potasio y la cauterización local la úlcera se curó, mas á los seis meses se declaró en el muchacho una keratitis intersticial de forma característica, por lo cual no dudé que existía verdaderamente sífilis. Cada año me convenzo más de que es conveniente tratar tales casos como sifilíticos, es decir, servirse de la cauterización y administrar el ioduro. Posible es que en algunos casos produzca una destrucción análoga el lupus escrofuloso, pero dudo que sea una cosa frecuente. Si en algún período hay tendencias al fagedenismo, el caso será casi seguramente sifilítico; y si se ha manifestado la keratitis ó hay evidencias de coroiditis, el diagnóstico es completo casi.

Si el paladar blando se *perfora*, el hecho favorecerá mucho el diagnóstico de sífilis. El lupus puede invadir los bordes del paladar, destruyendo mucho tejido y dejando adherencias; pero no ocasiona úlceras perforantes. Lo que más ayuda en el diagnóstico es la marcha de la afección. La ulceración sifilítica se

extiende rápidamente, y el lupus verdadero avanza con mucha lentitud.

COMENTARIO CCXVII

Ulceración fagedénica de la garganta y nariz en relación con la sífilis hereditaria: paciente sordo y ciego

Mr. Snell me envió en 1879 una paciente cuyo caso ofrecía mucho interés. Estaba sorda y ciega; había perdido la nariz y todo el paladar. No creo haber visto destrucción más completa de esta última parte: no quedaba nada; las raíces de los molares estaban al descubierto, habiendo caído ya los incisivos; los dientes que aun conservaba la enferma eran perfectos por la forma y el esmalte, pero debe advertirse que había perdido los que son característicos. En el Hospital se le practicó la iridectomía por causa de unas opacidades córneas. Á causa de esta combinación de lesiones, podíamos dar por seguro que la paciente sufría sífilis hereditaria, y su madre corroboró este diagnóstico diciéndome que en la infancia tuvo gangosidad largo tiempo.

Mi principal objeto al publicar este caso es señalar más la diferencia entre la sífilis fagedénica y el lupus. La punta y las alas de la nariz de la niña estaban destruídas y las fosas nasales descubiertas, de modo que se hubiera podido creer que aquello era obra del lupus; pero debemos observar que la cicatriz era blanca y sana, sin tubérculos cerca, habiendo terminado el proceso de destrucción. Si hubiera habido lupus no habríamos visto tan perfecto alivio, pues á pesar del mejor tratamiento el lupus tiende casi siempre á reproducirse, y muy rara vez deja una cicatriz blanca. También debemos notar que la destrucción era muy extensa, pues toda la nariz, el vómer y los cornetes habían desaparecido, cosa bastante común en la sífilis, pero muy rara en el lupus. Este último es una afección de la piel y de las membranas mucosas, y muy pocas veces profundiza más allá de estos tejidos. Importa mucho

hacer un diagnóstico correcto entre el fagedenismo de la nariz y el lupus, porque el tratamiento de uno y otro es del todo distinto. Si en el fagedenismo no se adoptan los medios convenientes en tiempo oportuno, el paciente perderá inevitablemente la nariz, pues la destrucción es muy rápida, sin tendencia á contenerse espontáneamente: es posible que corroa tanto en algunas semanas como el lupus en años. El tratamiento consiste en aplicar enérgicamente el nitrato ácido de mercurio, administrando ioduro de potasio: si se hace así, obtiéndose pronto la curación. Ningún caso debe empeorar después de haberse consultado al médico. Los que padecen esta forma de sífilis destructora, semejante al lupus, suelen ser individuos jóvenes, en la edad de la pubertad, y á menudo mujeres; y con frecuencia sucede, como se ha indicado ya, que no presentan dientes típicos. La destrucción del paladar se produce muchas veces al mismo tiempo, pues toda acción fagedénica es contagiosa en los tejidos del enfermo y tiende á extenderse.

COMENTARIO CCXVIII

*Caso que ilustra el diagnóstico entre la sífilis congénita
y el raquitismo*

Una madre que parecía gozar de buena salud me presentó su niña, de dos años de edad, y díjome que su padre estaba también muy bueno. La criatura nació poco después del casamiento, pareciendo entonces muy sana, así como un año después; con la única excepción de que algunas veces se notó gangosidad. Cuando llegó á los catorce meses, se declaró una ligera erupción en el rostro, y después un ataque de sarampión. En el último mes se manifestaron por vez primera unos pequeños condilomas en el ano y en la vulva. El desarrollo fué tardío, y la niña no podía apenas andar, siendo evidente que se hallaba en un ligero grado de raquitis. Siempre había sudado mucho, sobre todo en la cabeza, y todos los dientes incisivos «estaban podridos.» En la cabeza observábanse pro-

yecciones en las eminencias frontales y parietales. Se la vacunó de una vaca.

Se verá que aquí tenemos varias condiciones que exigen una cuidadosa interpretación. Los condilomas eran, en mi concepto, indicios concluyentes de sífilis, y su presencia nos induce á creer que los depósitos en los huesos del cráneo eran también sifilíticos y no debidos al raquitismo. La falta de antecedentes y la aparente buena salud de los padres son hechos á que no se debe dar mucho valor. Si los condilomas no se hubiesen presentado nunca, el caso se podía haber considerado fácilmente tan sólo como raquitis, viéndose en las particularidades del cráneo un síntoma de esta enfermedad. En cuanto á los dientes *podridos*, creo que se podía apreciar esto, hasta cierto punto, como un síntoma de sífilis, porque es cosa común en los niños sifilíticos y raro en los raquítics, pudiendo sospecharse con razón que el efecto se debía al mercurio administrado á la madre durante el embarazo.

COMENTARIO CCXIX

Sobre las formas de lupus que se presentan en relación con la sífilis hereditaria

Me inclino mucho á creer que el tipo común de lo que se conoce por lupus ulcerativo ó de otro modo, no tiene relación con la sífilis hereditaria; y en todo caso manifiéstase constantemente en sujetos que no presentan la más ligera señal de la diatesis heredito-sifilítica. En varios centenares de casos de esta última, nunca pude encontrar más de uno ó dos; pero hay formas peculiares de ulceración de la piel á las que se puede aplicar bien el término *lupus*, porque se relacionan directamente con dicha infección, presentándose con bastante frecuencia en aquellos que la padecen. Estas formas ulcerativas no van acompañadas de la formación de tubérculos crónicos como en el lupus verdadero. Una forma consiste en la ulceración rápida, casi fagedénica; la otra es lenta y serpiginosa.

La variedad fagedénica destruirá en algunas semanas tanto tejido como el lupus en años. Es simplemente una ulceración; y cuando se cura, las partes se unen perfectamente, sin quedar ninguna cicatriz lustrosa, como la que se suele ver después del lupus común. Una vez contenida la ulceración, la lesión se curará bien en una semana ó dos, si no en menos. El ioduro de potasio basta á veces para contener esta forma de ulceración de la manera más específica; pero no se ha de confiar sólo en este remedio, pues la destrucción es á menudo rápida y no se ha de perder tiempo. Conviene igualmente usar algún escarótico local, como el nitrato ácido de mercurio. El iodoformo ó el iodol en polvo dan buen resultado y ocasionan menos dolor que el cáustico.

COMENTARIO CCXX

Destrucción del paladar en la sífilis hereditaria: retrato de la fisonomía heredito-sifilítica publicado hace setenta años: garganta sifilítica en el padre del paciente.

El doctor Wilks tuvo la bondad de prestarme una breve autobiografía impresa antes de que yo naciera, y que contenía un excelente retrato de la fisonomía heredito-sifilítica. Se titula *Conversión é historia de Benjamín Lowson*, joven desgraciado, privado del habla por la escrófula, á causa de la cual estuvo padeciendo nueve semanas en el Hospital de Santo Tomás en el año 1815. El retrato representa el dorso de la nariz hundido al nivel de las mejillas, la frente ancha y las protuberancias frontales salientes. Benjamín recuerda que nació, en 1798, de padres pobres, pero honrados. A los doce años comenzó á padecer de una úlcera en la garganta, y después hubo un flujo de la nariz. A los diez y seis años se desprendió de esta parte un pedazo de hueso: entonces hallábase muy débil el paciente, pero seguía trabajando en una imprenta.

Después de esto, y como el hueso continuaba necrosándose

algunas veces, condujose á Benjamín al Hospital de Santo Tomás.

Allí se restableció de un mal que se juzgó casi desesperado, y pudo vivir otros diez años.

No se recuerda la causa precisa de su muerte, pero cítase un hecho que corrobora el diagnóstico de sífilis. Cuando el paciente se hallaba en el hospital, su padre padecía de la garganta hacía ya tres meses, y empeoraba tanto que apenas podía comer.

«Una bondadosa amiga,—dice el paciente,—la Sra. G., que vino á verme, consiguió que un médico visitara á mi padre; y al examinar aquél la garganta del paciente, díjole que podía perder la vida si no pasaba á un hospital, pues allí era posible curarse, mientras que en su casa se moriría por falta de medios. Hízolo así el paciente, y al cabo de una semana pareció estar mucho mejor.» Respecto á su propia garganta, el joven enfermo escribía lo siguiente: «Temía tanto tomar alimento sólido porque pensaba que iba á quedarse en el agujero de mi paladar, ahogándome. Por el progreso de la enfermedad el agujero tenía el tamaño de una peseta, y á causa de la frecuente pérdida de pedazos de hueso producíase tal vacío que, si alguna cosa se alojaba allí, sofocábame casi hasta que la sacaba. Llegué á temer que me moriría de hambre; pues, aunque la leche me alimentaba mucho, siempre tenía gana de comer.»

Creo que este relato tiene su valor como evidencia en apoyo de la naturaleza sífilítica de la enfermedad de los huesos del paladar y de la nariz llamada, en otro tiempo, *estrumsa*, como la designan aún algunos.

COMENTARIO CCXXI

Caso de destrucción extensiva del paladar y de la nariz por la sífilis hereditaria

El joven S., de diez y nueve años, me ofreció un buen

ejemplo de la destrucción del paladar y de los huesos nasales por la sífilis congénita. Su nariz era una cavidad, habiendo desaparecido el vómer y los cornetes; la úvula y las partes adyacentes del paladar blando estaban destruídas. En 1885, seis años después del principio de la enfermedad, todas las partes estaban bien curadas y no se temía recidiva alguna.

Los dientes estaban sanos, y no se veía en el rostro apenas ninguna particularidad. Tampoco se reconocían á la simple vista proyecciones en las protuberancias frontales, pero sí por el tacto. En la tibia observábase un considerable depósito óseo. Se verá que en este caso, aunque la destrucción dentro de la nariz era muy extensa, había poca cosa más para reconocer la diatesis. La exostosis de la tibia era lo único que revelaba la infección, mas no servía para resolver el problema de si el caso debía considerarse como afección heredada ó adquirida. Si añadido que el joven era el hijo menor de la familia, y que todos sus hermanos y hermanas gozaban de perfecta salud, se verá cuán fácilmente hubiéramos podido incurrir en error. La prueba final se obtuvo de un médico de la familia, pues nos dijo que los padres habían padecido ambos de sífilis poco antes de nacer el paciente, hallándose aquejada la madre aún. Creo que, á falta de historia ó de lesiones que corroboren el caso, podemos inclinarnos á decir que la destrucción de los huesos nasales ó la ulceración del paladar es de *origen estrumoso*. Repetidas veces he observado la comparativa ausencia de otras señales de infección en casos en que la nariz padece. Así, por ejemplo, rara vez los dientes se hallan escavados, y creo que la keratitis es también á veces peculiar. En este caso el joven me dijo que tres ó cuatro años antes sufrió una prolongada inflamación de los ojos, de la cual no quedaron vestigios.

Un año ó dos después de ver al paciente, la madre me consultó con motivo de padecer un ataxia locomotriz, y supe que veinte años antes había sufrido una sífilis rigurosa. Como la ataxia es comparativamente rara en las mujeres, ofrece interés notar este hecho como antecedente de la historia de la enferma.

COMENTARIO CCXXII

*Mujer que padecía sífilis hereditaria y era madre de hijos sanos:
artritis coxo-femoral en uno de estos últimos*

La Sra. M., de cuarenta y siete años, me presentó á su hija aquejada de una dolencia en la articulación de la cadera. La paciente tenía trece años, parecía sana, y sus dientes y color eran perfectos; de modo que el caso de la madre fué lo que más me interesó. La Sra. M. presentaba bien marcado el tipo de la sífilis por herencia, mas por desgracia había perdido todos los dientes incisivos con parte de los alveolos; el dorso de la nariz estaba hundido, y veíase en el paladar duro un orificio bastante grande; las córneas estaban empañadas por efecto de una keratitis pasada. La Sra. M. dijo que cuando era muy joven padeció mucho de los ojos; á los veinte años perdió el paladar, los dientes, etc.; y entonces se sometió al tratamiento en el Hospital de Santo Tomás.

La Sra. M. era madre de seis hijos, de los cuales cuatro vivían, y, excepto nuestro paciente, todos estaban sanos. La misma señora había disfrutado de buena salud mucho tiempo.

COMENTARIO CCXXIII

Afecciones glandulares en la sífilis hereditaria

Isabel W., de quince años de edad, fué admitida en el Hospital en diciembre de 1876, aquejada de una keratitis intersticial. Tenía la frente, el rostro y la dentadura de aspecto sospechoso; y mientras se la trataba para curarle la keratitis, que era muy característica, formóse un tumor sobre la mitad superior del esterno-cleido-mastóideo. Esto último cedió muy pronto con el ioduro de potasio; y cuando se redujo re-

conocióse claramente que había numerosas glándulas infartadas. Era, en parte, glandular, y había infiltración del tejido celular ambiente. La mujer era robusta y de aspecto sano.

Adjunta es la historia de su familia, según la madre:

La Sra. W. se casó á los diez y nueve años y tenía cuarenta y tres.

1. El primer hijo murió, á los once meses, de una bronquitis é «hidropesía del cerebro.» Estaba enfermizo y tuvo una erupción maligna.

2. Abortó á los cuatro meses.

3. La paciente había sufrido gangosidad y una erupción muy maligna, y á los quince años una keratitis intersticial.

4. Un niño que llegó á los trece meses sin síntomas. La madre tuvo el útero ulcerado nueve meses.

5. Unos gemelos nacieron muertos.

El marido de la Sra. M. vivía; y excepto un reuma *muy rebelde*, gozaba de buena salud á los cuarenta y tres años de edad. Su esposa no padecía nada bien determinado, ni más enfermedad que la ulceración del útero.

COMENTARIO CCXXIV

Esclerosis de los huesos

En casi todos los museos patológicos hay ejemplares de huesos espesados, muy engrosados en la mayor parte de su longitud, de mucha densidad y que tienen la superficie áspera.

La dilatación suele ser fusiforme, y, aunque ocupa una gran parte de la diáfisis, prepondera hacia una ú otra extremidad. Creo que estos huesos son casi siempre de pacientes sífilíticos; en algunos casos tal vez representen los efectos de la osteítis por sífilis hereditaria, aunque más á menudo me parece que pertenecieron á los que han sufrido la afección adquirida. En cuanto á los ejemplares de que hablo, con frecuencia no hay datos de consulta, y por mi parte nunca he tenido oportunidad de obtener un hueso semejante de un paciente

cuya historia conociera de antemano, aunque he tratado varios enfermos en los últimos períodos de la sífilis para curarles dolores persistentes en los huesos y engrosamientos fusiformes. El proceso es generalmente muy crónico, difícil de combatir por el tratamiento; y la afección muy propensa á reproducirse después de la curación. El fémur es el hueso que por lo regular se afecta. La enfermedad es una osteítis crónica que produce esclerosis, y no una periostitis.

Puedo citar un caso que es probablemente buen ejemplo de la afección á que me refiero. El paciente era un hombre robusto, que había padecido sífilis muchos años antes de verle yo. Habíase sometido á un tratamiento muy prolongado para evitar la reproducción de dolores en los fémures. Tan pronto se afectaba un hueso como otro, y el dolor era intolerable; tanto que á menudo pasaba las noches enteras despierto, por lo cual adquirió la costumbre de tomar opiados. El ioduro de potasio le aliviaba poco, y era preciso darle mercurio. El fémur izquierdo se había espesado considerablemente, observándose esto sobre todo en la región inferior, pero también se extendía hasta el centro. En varias ocasiones prescribí el mercurio para obtener el ptialismo, pero sólo se consiguió que el dolor cesara un poco, renovándose pronto. Era tan intenso de día como de noche, pero más agudo durante esta última. Además de la osteítis del fémur, el paciente experimentaba mucho dolor en las vértebras dorsales y cervicales, pareciendo que progresaba la *espondalitis deformante*. El sujeto había padecido también una blenorragia, y después de ésta comenzó el dolor en el dorso. Uno ó dos años después de ver yo al paciente y aliviarse este último varias veces del dolor en los huesos con el tratamiento, sintióse atacado de pronto en la cabeza, sin que cesase el dolor de día ni de noche, agravándose desde las doce hasta las cuatro de la madrugada. El enfermo pasaba estas terribles horas subiendo y bajando las escaleras, y á eso de las cuatro se dormía. Ni el ioduro de potasio ni el mercurio sirvieron de nada para aliviar este dolor; y después de prolongarse por espacio de quince días, declaróse en el enfermo una hemiplegia, que, degenerando en coma, ocasionó la muerte. No vi al hombre durante su enfermedad del encéfalo,

pero luego supe los detalles. No se veía fuera del cráneo ninguna exostosis. Hice lo posible para practicar el examen *post mortem*, mas no lo conseguí.

COMENTARIO CCXXV

Sobre la relación entre la osteítis deformante y la sífilis hereditaria

La afección conocida con el nombre de *osteítis deformante*, tan hábilmente descrita por Sir James Paget, no tiene probablemente relación en sus formas más típicas con la sífilis. En estos casos los huesos se reblandecen, ensánchanse y se doblan; de modo que el paciente, por lo regular adulto, ó que ha pasado de la edad viril, queda muy rebajado de estatura. No sé que exista ninguna perfecta simulación de esta afección relacionada con la sífilis adquirida; pero no son raros los casos que pueden inducir fácilmente á error por consecuencia de la infección hereditaria. Los niños de seis á diez años, ó de catorce, parecen ser los más propensos á padecer afecciones óseas de carácter sifilítico: y en ese período de la vida no es raro tampoco ver la periostitis múltiple muy extensa. La enfermedad, sumamente crónica, dura algunos años; produce un aumento en longitud, así como una dilatación. La tibia es el hueso más á menudo atacado y que más padece, pudiendo doblarse hacia delante hasta representar las condiciones así de la *osteítis deformante* como de la raquitis.

En otro tiempo semejantes osteítis se trataban como si fuesen manifestaciones de raquitismo: no sólo se arquean los huesos verdaderamente, sino que tal aspecto se exagera por la formación de una serie de largas nudosidades lisas en la superficie anterior. Casi siempre hay algún excesivo crecimiento en la longitud, y á veces una tibia puede ser pulgada y media ó dos más larga que su homóloga. El diagnóstico de raquitismo se facilita á menudo fijando la atención en la historia del caso, y también observando la irregularidad con que se espesa el

hueso afectado. En el raquitismo no hay prolongación; mientras que ésta es un carácter marcado en la forma sifilítica de la *osteitis deformante*. He visto muchos buenos ejemplos de esta última afección, y á menudo tuve oportunidad de discutir sobre el diagnóstico. Aunque las deformaciones de los dientes se ven con frecuencia, no pocas veces faltan; y si no se pueden conocer los antecedentes, el diagnóstico puede ofrecer dudas. Por la observación de numerosos casos estoy convencido de que la enfermedad misma hace el diagnóstico, y de que la periostitis crónica múltiple de la infancia y la adolescencia, acompañada de excesivo crecimiento, es siempre sifilítica. Uno de los más notables ejemplos de esta afección que jamás haya visto, se hallaba al cuidado del doctor Machin en el hospital de Santo Tomás, y se expuso en la Sociedad Clínica. El paciente era un muchacho de quince años, que tenía afectados casi todos los huesos largos. Los dientes estaban bien conformados, y creo que la historia de la familia era negativa; pero había grandes nudosidades en el cráneo, algunas de ellas reblandecidas, y una exostosis ulcerada en la tibia. Las condiciones en general eran tales, que yo no hubiera vacilado en el diagnóstico de sífilis, cualesquiera que hubiesen sido los antecedentes.

COMENTARIO CCXXVI

Supuración de las articulaciones en la sífilis hereditaria

Mr. Arbuthnot presentó á la Sociedad Patológica, en 1885, el caso de un niño de dos meses que había sufrido una fuerte erupción sifilítica. En muchas de las articulaciones grandes se observó una supuración aguda, pero sin lesión de las epífisis. Podía discutirse sobre si la sinovitis era sifilítica ó piémica.

COMENTARIO CCXXVII

Dactilitis sífilítica

El doctor Taylor, de Nueva York, ha propuesto aplicar este nombre á las formas crónicas de periostitis y osteítis que á veces se encuentran en las falanges relacionadas con la infección sífilítica, pudiendo originarse por la enfermedad adquirida y hereditaria. Siempre son muy crónicas.

La hinchazón suele ser más considerable en la cara dorsal, pero es posible que circuya el hueso. La primera falange suele afectarse más á menudo, pero también el metacarpiano, ó cualquiera otra de las demás falanges. Las articulaciones adyacentes pueden quedar invadidas asimismo. La hinchazón es á veces globulosa, y hay casos en que simula un tumor cartilaginoso; pero su blandura bastará para hacer el diagnóstico. Chassaignac, Nelaton, Volkman, y otros muchos autores, citan casos.

La enfermedad, sin embargo, no es común. Puede ocasionar, después de la absorción, mucho acortamiento del dedo afectado.



CAPITULO XIV

Comentarios sobre varios casos

COMENTARIO CCXXVIII

Afección simétrica y general de las uñas en un hombre que tuvo sífilis cuatro años antes: cuestión de diagnóstico

Todo lo que sigue á la sífilis no es necesariamente sifilítico. Un caballero que hace cuatro años padeció sífilis, y que ahora se halla aquejado de una afección de las uñas, vino á verme en compañía de un médico que conocía su pasada historia. Era difícil determinar qué parte había tenido en su mal la enfermedad, y por lo mismo voy á describir brevemente su estado. Todas las uñas de los dedos de las manos y los pies estaban afectadas, y la simetría era exacta. Las de los pies se resintieron antes y no estaban tan enfermas como las de los dedos de las manos. Las superficies se conservaban aún lisas y no se percibía nada al tacto; pero había porciones denudadas y despegadas, y su aspecto era opaco, de color gris, á causa de los cambios ocurridos debajo. Las puntas de los dedos hallábanse ligeramente congestionadas, pero en las raíces de las uñas no

había nada. Nuestro paciente, hombre de veintiocho años y de buena salud, comenzó á padecer la enfermedad en los dedos de los pies hace unos cuatro meses, y uno después la tuvo en los dedos de las manos. El Sr. C. estuvo sometido al tratamiento del doctor H. para curarse la sífilis durante cuatro años, pero á intervalos. Ultimamente su principal afección consistió en úlceras de la lengua, debidas, sin duda, al tabaco; pero también aquejó después un *eczema del escroto*.

Yo me incliné á considerar aquello, como un psoriasis común de las uñas, sin atribuirlo á la sífilis; y para ello me fundaba en las siguientes razones: 1.^a, sus caracteres eran exactamente los del psoriasis común y no los de la inflamación sífilítica; 2.^a, el mal se había desarrollado rápidamente, atacando todas las uñas con perfecta simetría (es muy excepcional ver esta simetría en cualquier forma de la sífilis al cabo de un período tan largo como el de cuatro años después de la enfermedad primitiva); 3.^a, había antecedentes de propensión á las afecciones dartoosas de la piel, así en el paciente como en su familia. Desde su infancia el Sr. C. había sido propenso al eczema, que aquejaron también su hermano y su madre; y en el mismo Sr. C. se manifestaron desde su juventud tendencias á la afección escamosa seca del escroto, presentándose asimismo placas en los codos y rodillas. La condición de las uñas era exactamente la misma que la de un tal G., que durante muchos años padeció un psoriasis común muy riguroso.

COMENTARIO CCXXIX

Caso en que los labios y el pene se infectaron al mismo tiempo con muy diferentes resultados

El siguiente caso ofrece un interesante ejemplo para demostrar la relación del chancre blando con la sífilis, probando además que pueden formarse chancros inmediatamente después de la exposición, manteniéndose sin curar é indurados durante todo el período de la incubación.

El Sr. J. se expuso al peligro de la infección en julio de 1883. Tenía el prepucio agrietado cerca del borde libre, y algunos chancros *blandos*, según le dijeron, por los cuales se sometió á tratamiento. Cinco ó seis semanas después apareció otro en el labio, y al cabo de la décima semana presentóseme para consultarme sobre un chancre indurado del labio inferior y erupción en el abdomen y en el pecho. Creía que los chancros *blandos* del prepucio comenzaban á curarse, pero la verdad era que se induraban. En aquel caso era indudable que el contagio en el labio y en el pene se efectuaron á la vez, pero es instructivo notar la marcada diferencia en los resultados locales. En el labio no se observó nada hasta después de haber transcurrido seis semanas, mientras que en el pene los supuestos chancros blandos estuvieron presentes durante el intervalo. La induración característica se verificó en ambas partes casi al mismo tiempo, es decir, á la séptima ú octava semana; y fué mayor en el labio que en el prepucio.

COMENTARIO CCXXX

Sobre el modo de verificarse el contagio cuando la sífilis se comunica en el rito de la circuncisión: un hecho relativo á los periodos de incubación.

Estoy convencido de que en los casos de sífilis por circuncisión (p. 114), se ha descubierto el verdadero modo de verificarse el contagio; y también me parece muy probable que, á pesar de no haberse sospechado antes, aquélla era la vía de contagio en los más de los casos análogos observados por otros sifiliógrafos.

Me aventuraría á referirme en particular á los citados por Mr. Ricord y á una serie más recientemente publicada por el doctor Taylor, de Nueva York. Este último observador, á cuya actividad debía ya mucho la sifilografía, ha publicado sus casos con su acostumbrada minuciosidad, aunque tal vez con cierto grado de escepticismo de que no participarán mu-

chos de sus lectores. Los hechos que cita, aunque en pequeña escala, ofrecen una semejanza notable con los míos. Cuatro niños que habían sido circuncidados por el mismo operador (no médico) padecieron durante un período de cuatro meses; y otros, operados en el mismo tiempo por el mismo sujeto y con iguales instrumentos, se libraron del todo. No había la más ligera razón para creer que el rabino tuviera sífilis, y además el hombre negó que tuviera la costumbre de ponerse el pene en la boca. En la mayoría de casos la herida de la circuncisión estaba inflamada y ulcerada en toda su longitud. De dos aseguraba que se habían curado primero, abriéndose nuevamente después. La una se induró marcada y característicamente, y la otra se hizo fagedénica, destruyendo casi todo el pene. En tres de los niños las glándulas inguinales padecieron mucho, y en dos supuraron (1), muriendo tres de los cuatro niños. Sólo en un caso pudo el doctor Taylor obtener datos en apoyo del diagnóstico de sífilis; pero los hechos que cita respecto á los demás no dejan duda, en mi concepto, en cuanto á la enfermedad, á pesar de las vacilaciones de mi colega. La fuerte y extensa inflamación de la herida, su tendencia al fagedenismo, y la complicación inflamatoria de las glándulas, son exactamente las condiciones que existían en los casos de mi serie. En uno de los tres citados había habido una *erupción sífilítica*. Los largos intervalos que mediaron entre las operaciones en los diferentes niños, ofrecen también un paralelo exacto con lo que sucedió en los ejemplos de que hizo mención Mr. Macnaman é hice yo también. La misma dificultad se presenta en ambas series de casos, suponiendo que el operador pudo tener sus instrumentos en condición de comunicar el contagio en tan largo período. Me inclino, por lo tanto, mucho á sospechar que el origen de la contaminación fué el forro de la caja en que se guardaban las hilas; y si esta explicación es correcta, será muy fácil evitar tales accidentes en lo futuro. Bastará que los operadores renuncien á la sucia costumbre de llevarse á casa el prepucio en su botiquín.

(1) El único caso en que las glándulas no se inflamaron fué aquel en que el fagedenismo no destruyó el pene.

Las descripciones del doctor Taylor son admirablemente completas, y estoy conforme con las más de sus observaciones. En el caso del niño que tuvo una cicatriz indurada y una erupción sifilítica al mismo tiempo, obsérvase un hecho que me ofrece especial interés. La madre del paciente aseguró al doctor Taylor que la herida de la circuncisión se había curado primero bien, y que no se induró hasta dos meses después de la operación. Este largo período de incubación tan inusitado induce al doctor Taylor á preguntar si el contagio se produjo realmente en el tiempo de la circuncisión; pero si se supone alguna inexactitud por parte de la madre en cuanto á las fechas, y considerando que el chancro necesitó una semana ó diez días para pasar á un estado que llamó la atención, no hay nada muy particular en el período de incubación de que se habla.

En otro lugar he demostrado que el período de aquélla suele ser más largo de lo que se supone, y que excepcionalmente dura menos de cinco semanas.

COMENTARIO CCXXXI

Oftalmoplegia interna seguida de otros síntomas de ataxia: sífilis ocho años antes: cesación de los síntomas después de cerca de tres años de tratamiento: buena salud diez años después.

Se han manifestado dudas respecto á la curación de los síntomas atáxicos por los remedios antisifilíticos, y debe admitirse que en muchos casos el beneficio obtenido dista mucho de ser la curación: probablemente no la vemos nunca en el sentido de una completa desaparición de los síntomas. Creo, sin embargo, que en muchos casos ha cesado del todo el progreso de esa agresiva enfermedad, á consecuencia de un prolongado tratamiento. El siguiente relato, que comprende un período de quince años, puede servir de estímulo para perseverar en semejantes circunstancias. El paciente tomó específi-

cos durante tres años, y al principio su enfermedad continuó progresando en cierto modo: después cesó. Pasaron siete años sin necesitarse tratamiento; y aunque aun existían resultados permanentes, no hubo ataques. El caso es el del señor H., y se publicó en mi *Oftalmoplegia interna*. Este caballero, á la edad de treinta y seis años, y ocho después de padecer de sífilis, se confió á mi cuidado. Tenía las pupilas inmóviles y dolores agudos en los miembros. Con el mercurio y los ioduros se aliviaron mucho los ojos; pero después aumentaron mucho los dolores de los miembros, y mi paciente perdió el movimiento de la rodilla. Continuado el tratamiento, mejoró de tal modo que á la edad de cuarenta y dos años se casó desatendiendo mis consejos. Le he visto últimamente, á los siete años de su matrimonio, y observé que su andar es atáxico bien marcado, pero puede recorrer siete ú ocho millas sin descansar y monta á caballo. Por la exposición á la luz sus pupilas se mantienen inmóviles, y necesita cristales convexos para leer, sin que se note el más ligero vestigio de reflejo rotuliano. Los dolores de los miembros, tan fuertes que necesitaba morfina para calmarlos, no le han molestado más desde hace cinco años; y en cuanto al vigor sexual, es regular según dice el paciente.

He visto muchos casos análogos en que la ataxia parecía cesar por el tratamiento, pero pocos en que pudiera comprobar el resultado después de tan largo período.

COMENTARIO CCXXXII

Caso referente á la forma de apoplegia que se produce en la sífilis

El Sr. J., cuyo médico era el doctor P., había padecido un fuerte ataque de sífilis, que no cedió tan satisfactoriamente como de costumbre á nuestros remedios. Había tomado mercurio y ioduros en diversas formas, y creo que más de una vez saliveó ligeramente. Todas las señales de erupción desaparecieron; pero el ojo derecho quedó congestionado, y hubo mucho

dolor circumorbitario. El paciente estaba muy abatido á causa de su enfermedad, y fué preciso que permaneciera en su habitación á fin de auxiliar la influencia del mercurio. Hacía ya dos meses que no veía al paciente, cuando cierto día recibí un aviso urgente del doctor P. rogándome que fuera á ver al Sr. L., pues había tenido un ataque cerebral y no era probable que se salvase. Fui á verle el mismo día, y se me dijo que había estado sin conocimiento durante veinticuatro horas. Al parecer continuaba en el mismo estado mientras yo le observaba; pero de vez en cuando movía el brazo derecho, tratando de levantar las piernas cuando se le tocaban ligeramente las plantas de los pies. Tenía la cara rubicunda, el sudor era abundante, y al respirar percibíase á veces un ligero estertor. Se me dijo que su estado comatoso se había agravado de hora en hora; pero nada observé en los síntomas para distinguir aquel caso de otro de apoplejía hemorrágica ordinaria. Los miembros izquierdos y el lado derecho de la cara estaban evidentemente paralizados, y no podíamos guiarnos por las pupilas como síntomas, porque hacía largo tiempo que el ojo izquierdo estaba defectuoso por efecto de una lesión, mientras que el derecho padecía una iritis. Tampoco era posible excitar movimientos musculares en el rostro y pudimos conjeturar que el facial derecho estaba paralizado por la circunstancia de que la cara se inclinaba un poco á la izquierda. No había habido incontinencia de la orina ni de las heces fecales, ni tampoco convulsiones espasmódicas. En tales circunstancias parecía importante saber detalladamente los pormenores del ataque. Su esposa nos dijo que en la tarde del sábado pareció estar mejor que de costumbre, vió á varios amigos y cantó un poco: excepto la neuralgia en la sien derecha y alrededor del ojo, no se había quejado de dolor de cabeza. Esta neuralgia podía deberse tan sólo á la iritis y á la inflamación del cristalino. En la noche del sábado, después de acostarse, quejóse de frío, y, como trataba de levantarse para buscar más ropa, su esposa le aconsejó que no se moviera; pero algunas horas después despertóla, quejándose de que el brazo izquierdo y el pie estaban como paralizados. De repente fuéle imposible hacer uso de la lengua y articular claramente las palabras. En la mañana del sá-

bado y todo el domingo estuvo mejor y pudo hablar, y entonces no se hallaba hemipléxico, pues saltó de la cama, lavóse, y quiso bajar la escalera, lo cual no le permitieron. Hasta la mañana del día en que yo le vi (lunes) no perdió el conocimiento; y así era claro que los síntomas se presentaron gradualmente con intermitencias. La insensibilidad final, sin embargo, se manifestó algo repentinamente durante la noche. Estos hechos parecían favorecer la creencia de que la lesión era por trombosis arterial más bien que hemorrágica. Nuestro paciente era hombre de sesenta y dos años de edad, que había gozado de excelente salud hasta que contrajo la sífilis, sin manifestar nunca señales de afección arterial.

Algunos días después de la fecha á que estas notas se refieren, el Sr. L. murió sin haber recobrado el conocimiento. Inútiles fueron todos nuestros esfuerzos para que se nos permitiera hacer la autopsia.

El caso en cuestión pudo ser simplemente de apoplejía hemorrágica ordinaria, producido por casualidad en un paciente que se trataba para curarse la sífilis; pero yo me inclino á creer que más probablemente era debido á una afección arterial obliterativa en relación directa con la sífilis. La intermitencia de los síntomas era exactamente la que encontramos en la trombosis arterial, sin asemejarse en nada al coma repentino, completo y permanente, que indica una hemorragia fatal.

COMENTARIO CCXXXIII

Afecciones de los ojos que se presentan en relación con la sífilis

En varias partes de este libro he hablado ya de las diversas afecciones de los ojos observadas en relación con la sífilis; pero tal vez sea conveniente hacer un breve sumario categórico de ellas, y á este fin las he dispuesto, en la siguiente lista, en las dos agrupaciones de afección adquirida y hereditaria.

A.—Sífilis adquirida.

1. Iritis aguda, por lo regular simétrica; siempre en el período secundario y bastante común.

2. Inflamación del cuerpo cristalino asociada á menudo con la iritis en sus formas más graves.

3. Keratitis difusa. Es muy rara en relación con la sífilis adquirida, habiéndose observado muy pocos casos. El más notable fué el citado por Mr. Merton en el *Diario oftálmico*. Se presenta sobre todo en el período secundario, si no exclusivamente.

4. Neuro-retinitis. Inflamación primaria de la porción intraocular del nervio óptico y de la retina, asociada con nebulosidad general, pero sin señales de estrangulación de la papila. Se observa generalmente en el período secundario, y puede afectar sólo un ojo ó los dos. No es común.

5. Coroiditis diseminada. Gomas de la coroides. Esta afección es rara, y sólo se ve al fin del período secundario. Puede ir acompañada de neuro-retinitis, ó presentarse sola. Por lo regular se limita á un ojo.

6. Neuritis óptica, con la papila estrangulada. Suele observarse en el período terciario, asociada con gomas meníngeos. Es rara, y afecta ambos ojos á la vez.

7. Coroiditis serpiginosa. Esta forma (sumamente rara) difiere de la diseminada. Obsérvanse grandes placas de absorción que se extienden lentamente por sus bordes.

8. Aquo-capsulitis. Forma de iritis insidiosa y crónica, en la que el fenómeno más notable consiste en la condición de la lámina posterior de la córnea. Podría dudarse si la iritis y la irido-ciclitis recidivantes deben considerarse como resultados de la sífilis. Generalmente se asocian con la gota.

B.—En relación con la sífilis hereditaria tenemos:

1. Iritis aguda. Es muy rara. Por lo regular se manifiesta hacia el cuarto mes como síntoma secundario; más comúnmente en las mujeres que en los hombres. Muy peligrosa para la visión.

2. Keratitis intersticial. Bastante común. Suele afectar ambos ojos, asociándose á menudo con una ligera iritis, y

otras veces con coroiditis. Notable por su tendencia al completo restablecimiento en la mayoría de casos.

3. Coroido-retinitis. Por lo regular crónica y acompañada de atrofia, con más frecuencia en la periferia. Puede simular los resultados de la retinitis pigmentosa, ó asemejarse por otra parte á la coroiditis diseminada.

4. Neuritis optica, seguida de atrofia blanca. Es muy rara y casi nunca se reconoce, excepto en el período atrófico.

5. Es posible que algunos raros casos de iritis crónica, irido-ciclitis, etc., en la edad del crecimiento, se deban á la infección heredada.

Es muy excepcional sin embargo, semejante asociación, y por regla general debe sospecharse más bien la herencia gotosa.



CAPITULO XV

Sobre las infecciones sífilíticas repetidas

En otro lugar he manifestado mi creencia respecto á las infecciones *segundas* por la sífilis, y no es necesario repetir las razones en que fundo mi opinión; pero puedo ilustrar el asunto más detalladamente, citando algunos casos. Notaremos aquí que los médicos antiguos no hallaron dificultad en creer que un hombre puede tener sífilis dos veces, ó muchas más; pero después vino la observación de que los segundos ataques eran inusitados, y que casi todos los chancros bien caracterizados producíanse en un suelo del todo virgen. Luego se dijo, generalizando demasiado apresuradamente, que los segundos ataques de sífilis eran imposibles. Ahora nos ocupamos en reunir hechos á fin de reconocer los límites de esta posibilidad. He visto muchos casos en que no era posible dudar que había ocurrido una segunda afección local en un paciente que sufrió antes un ataque completo de sífilis. En los más de estos casos trascurrió un intervalo de algunos años, durante los cuales se empleó activo tratamiento y la curación pareció completa; pero no siempre ha sucedido así, como se comprenderá por un ejemplo notable. Cierta caballero me enseñó un chancre bien caracterizado, asegurándome que lo tenía por conta-

gio, aunque sólo hacía nueve meses que aquejó el primero, y no habían desaparecido aún del todo los síntomas secundarios. En este caso podría sospecharse que el segundo chancro era resultado de una recidiva ó era un chancro recurrente. Mas en contestación á esto, diré que se hallaba en otra parte del pene. En *La Lanceta* de 1850, Mr. Allingham publicó un caso muy extraordinario, en el cual el segundo chancro se manifestó á los seis meses del primero. Dicho doctor había tratado á su paciente en febrero para curarle un chancro duro al cual siguió en mayo una erupción escamosa y úlceras en la lengua. Estos síntomas desaparecieron con el tratamiento y el paciente se creyó ya estar bien.

En julio se presentó otra vez al médico, aquejando un chancro perfectamente hunteriano, que no estaba en el mismo sitio del anterior. Pareció ceder al principio fácilmente al mercurio, pero Mr. Allingham me dijo que el chancro tardó seis meses en curarse á pesar del mercurio, y que fué seguido de rupia y exostosis. A los catorce años el paciente murió loco.

No sé qué pensar de estos casos de chancros secundarios, manifestados antes de que la primera sífilis se haya curado. Es posible que, después de todo, sólo sean ejemplos de recidiva, ó tal vez chancros satélites; pero así en el caso de mi colega como en el mío, el segundo chancro se manifestó como de ordinario después de la exposición al riesgo, y en cada uno presentó, no los caracteres de un goma, sino de una induración bien caracterizada. Estos casos deben separarse de aquellos en que después de un largo período de salud el paciente contrae un nuevo chancro y experimenta como consecuencia los síntomas ordinarios de la sífilis constitucional.

COMENTARIO CCXXXIV

Segundo ataque de sífilis veinte años después del primero

Uno de los mejores ejemplos para demostrar la posibilidad

de que haya dos veces sífilis completa es el siguiente: Hace veintidós años visité al Sr. C., que entonces era estudiante de medicina, para curarle la sífilis. Teníala completa y rigurosa, y pasaron diez y ocho meses antes de que se pudiera dejar el tratamiento. A los seis años se casó, tuvo dos niños, y ninguno de ellos padeció lo más mínimo. En 1882 el Sr. C. se confió otra vez á mi cuidado por tener un chancro muy inflamado en el labio superior, dilataciones glandulares debajo del maxilar, úlceras en la garganta y una abundante erupción eritematosa. El paciente creía que se había arañado el labio con un tubo de vacuna, pareciéndole que se podría haber efectuado accidentalmente la inoculación de un chancro después, pues tenía costumbre de cauterizar á menudo las úlceras venéreas. Los síntomas fueron otra vez intensos y sólo cedieron poco á poco al mercurio. El segundo ataque no se diferenciaba nada, en este caso, del primero, y es de creer que la curación de este último había sido completa. El Sr. C. disfruta otra vez de buena salud.

COMENTARIO CCXXXV

Segundo (ó tercer) ataque de sífilis, seguido de una erupción muy peculiar (lupus psoriasis)

Un caballero de treinta y un años tuvo un chancro duro en 1877, seguido de una copiosa erupción de lo que hubiera podido llamarse *lupus psoriasis*. Era simétrica y había numerosas placas, muchas de ellas muy grandes, que se curaron en el centro extendiéndose por los bordes y dejando cicatrices. Ambos lados del tronco, los miembros y toda la cara estaban afectados. Todo esto se curó á los dos meses por el tratamiento con ioduro y mercurio, pareciendo seguro que el Sr. C. había tenido ya antes sífilis completa. En 1866 contrajo un chancro, al que siguieron úlceras en la garganta y una erupción. En 1876 tuvo otro chancro, placas en el pecho y úlceras en las encías; y para esto necesitó seis meses de tratamiento.

Al medio año de haberlo dejado manifestóse el tercer chancro seguido de la copiosa erupción de que antes hablé.

Parece muy posible que el carácter mixto de la erupción (simétrica, y sin embargo lupoides) se debió al hecho de que los tejidos habían estado anteriormente bajo la influencia del virus.

En el caso de un tal M., á una erupción semejante siguió un chancro fagedénico, pero se curó fácilmente. Casóse diez años después y ahora disfruta de buena salud. También había padecido antes un ataque de sífilis.

COMENTARIO CCXXXVI

¿Se mezclan los segundos ataques con los primeros, produciendo modificaciones particulares en el curso de la sífilis?

Tal vez sea posible que las segundas infecciones de la sífilis, llegando á ser constitucionales, influyan así en los tejidos que no están del todo libres de las primeras, y reproduzcan la antigua enfermedad. De este modo los fenómenos terciarios, consecuencia de la primera, pueden mezclarse con los secundarios, debidos á otra nueva.

El Sr. W. me consultó siete meses después de su contagio. Había tenido dos chancros duros seguidos de una erupción transitoria, con la garganta y la lengua ulceradas, y más tarde experimentó fuertes dolores de cabeza. Para esto último se trató irregularmente con mercurio y ioduros. Tres meses después del contagio, y en ocasión en que se hallaba libre de síntomas y había dejado el tratamiento, sintió mucha pesadez y tuvo al fin una hemiplegia. En el ataque se manifestaron los acostumbrados síntomas de trombosis arterial por sífilis. Pronto desapareció, pero el brazo se conservaba aún algo rígido cuando el paciente me consultó, tres meses después. Me convencí de que padecía realmente sífilis secundaria por consecuencia del reciente chancro, porque hubo varias recidivas de la erupción y úlceras en la lengua, las cuales se curaron

con el mercurio. El problema consistía en averiguar si la enfermedad arterial se debía á la última infección, ó á otra antigua de diez años atrás, ó á la potencia combinada de las dos. Hace diez años, el Sr. W., que ahora tiene treinta, quedó inficionado. Al principio, según recuerda, sólo se formaron verrugas; pero luego tuvo en la garganta unas úlceras que su médico calificó de sifilíticas. Hasta la fecha del segundo contagio el paciente se conservó muy bien, y podría dudarse que la primera vez padeciera realmente sífilis. Si no fué así, el caso es un ejemplo interesante de afección de las arterias á principios del período secundario (á los tres meses del contagio).

He conocido otros muchos casos en los cuales se pudo creer que un segundo ataque volvió á excitar lo que había quedado de la primera enfermedad.

Mr. Hill nos cita el caso de un médico que tuvo sífilis completa, quedando después propenso, durante algunos años, á dolores reumáticos, los cuales se aliviaban con el ioduro. Al fin se restableció, casóse y tuvo hijos sanos; pero once años después de la primera sífilis formósele un chancro en un dedo, acompañado de infarto glandular, y estuvo abierto algunos meses. No se manifestó después ninguno de los síntomas secundarios comunes; mas al cabo de algún tiempo la salud del paciente decayó, el bazo y el hígado se infartaron, y declaróse una ictericia con mucho dolor en los riñones. Los ioduros aliviaron al enfermo por de pronto, pero después sólo le convino el mercurio. Cuando se dejó este medicamento ocurrió una recidiva, pero con su uso se consiguió de nuevo la curación. Este caso demuestra, de la manera más marcada, la utilidad del mercurio en las afecciones viscerales que no son sifilíticas, ó bien prueba tal vez la producción de la sífilis visceral á consecuencia de una antigua sífilis reexcitada por nuevo contagio.

COMENTARIO CCXXXVII

Segundo ataque de sífilis treinta y cinco años después del primero

Puedo citar el siguiente caso como un buen ejemplo de la completa curación de la sífilis (muy común) y de una segunda infección, de la cual resultó un chancro indurado de tipo ordinario. El intervalo entre los dos ataques fué nada menos que de treinta y cinco años.

A la edad de veinticuatro el Sr. F. tuvo un chancro y sífilis completa, la cual fué tratada por varios médicos de Londres y últimamente por Sir Erasmo Wilson. Según recordaba el paciente, no estuvo más de seis meses en curación; y cuando los síntomas secundarios hubieron desaparecido, no quedó reliquia alguna del mal.

A los treinta y siete años el Sr. F. se casó, y habiendo envidado contrajo segundas nupcias. Ambas esposas le dieron hijos sanos, y él mismo se conservó en excelente salud; pero en 1885, es decir, á los cincuenta y nueve años, habiendo disputado con su mujer, visitó á otra para vengarse. Se expuso al contagio en 3 de febrero, y de esto resultó una ulceración del frenillo muy dolorosa. Cuando vino á consultarme, el día 25, tenía un chancro inflamado, casi fagedénico, en el sitio de la citada ulceración, mas no había induración. Me limité á prescribir el iodoformo, y una semana después disminuyó el dolor y la inflamación, aunque había induración característica en su base, por lo cual receté el mercurio. El paciente averiguó después que la mujer con quien trató se hallaba sometida también á tratamiento.

La induración era en este caso característica y considerable, pero desapareció con el mercurio, sin que se manifestaran síntomas constitucionales. El paciente estuvo sometido á tratamiento durante seis meses más.

COMENTARIO CCXXXVIII

Sobre la predisposición de los chancros segundos á degenerar en fagedénicos

He observado á menudo que cuando los sujetos que han padecido sífilis contraen nuevos chancros algunos años después, éstos son propensos á tomar el carácter fagedénico. Un ejemplo se vió en el caso de cierto egipcio que tuve á mi cuidado en el Hospital de Lóndres en 1880. Este individuo, que confesó haber padecido sífilis algunos años antes, se expuso otra vez al contagio en París unas seis semanas antes de presentarse á nosotros. Al cabo de un mes manifestáronse los chancros; y cuando se sometió á la observación, quince días más tarde, tenía una profunda úlcera fagedénica.

También traté á un joven abogado aquejado de un chancre fagedénico maligno que había destruído la mayor parte del glándula. El paciente, que confesó haber padecido sífilis cinco años antes, tuvo un goma perióstico en el paladar como resultado terciario de su primer ataque, al mismo tiempo que aquejaba el nuevo chancre en el pene. Era indudable que este nuevo chancre fué consecuencia del contagio.

COMENTARIO CCXXXIX

Caso en que un cirujano tuvo chancros en el dedo pulgar dos veces, con un intervalo de ocho años

El doctor P. me consultó, en marzo de 1884, con motivo de tener una úlcera maligna á un lado del pulgar. Hacía ya dos meses que se quejaba, y se presentó una erupción escamosa simétrica que tendía á ulcerarse. La erupción contaba tres semanas. No se podía dudar de que la úlcera era un chancre y

que el paciente tenía una erupción secundaria. Sobre el primer ataque obtuve los siguientes informes: ocho años antes el doctor P. tuvo un chancro que afectaba la uña de un pulgar y se asoció con síntomas secundarios muy rigurosos. Con el tratamiento se restableció del todo, sin quedar resto del mal. Dos ó tres años antes se formó una verruga en un dedo, que no presentaba caracteres sospechosos; por otra parte, el doctor P. era buen observador; y para corroborar la naturaleza del primer ataque, añadiré que los doctores Hewitt y Pollock consideraron el caso como sifilítico.

COMENTARIO CCXL

Síntomas graves del periodo terciario poco después de una segunda infección

Un caballero á quien vi con el doctor B. era un curioso ejemplo del desarrollo de síntomas terciarios rigurosos, resultado, al parecer, de una segunda infección primitiva. El paciente, hombre de cuarenta y tres años, había padecido veinte antes un fuerte ataque de sífilis, siendo la erupción abundante y bien marcada; y como él también era médico, pudo explicar bien su caso. Se sometió en Edimburgo al tratamiento por la sifilización, usado entonces, y en el espacio de tres meses practicáronse ciento veinte inoculaciones. Al cabo de este tiempo desaparecieron los síntomas, sin que ocurriese novedad durante diez y siete años; pero después tuvo un chancro que degeneró en fagedénico, molestándole mucho. No se asoció con úlceras en la garganta ni erupción, mas pronto se manifestaron exostosis en el cráneo y en la tibia, y hubo necrosis de parte del alveolo del maxilar inferior. Durante esta enfermedad tomó mercurio y ioduro de potasio, aunque no con regularidad, y las exostosis se reproducían tan pronto como cesaba el tratamiento. También se habían desarrollado síntomas de oftalmoplegia externa, paralizándose algunos de los músculos de los ojos en ambos lados. Es muy posible que en

este segundo ataque impidiera el desarrollo de los síntomas secundarios el pronto uso de los específicos.

COMENTARIO CCXLI

Sífilis muy grave y prolongada: curación por las unciones: tres años de buena salud: segundo chancro, seguido de copiosa rupia, lupus, etc.

Mr. P. me dió conocimiento de un importante caso relativo á los segundos ataques. El paciente había tenido una fuerte sífilis, seguida de grandes úlceras rupioides, mucho tiempo antes; y después de siete años de continuo tratamiento se curó por las unciones en Aquisgrán. Desde 1883 hasta principios de 1886 estuvo libre de síntomas; mas al cabo de éste tiempo presentóse un nuevo chancro, que no se induró, aunque era muy molesto y no se cerró en seis semanas. El paciente tomó ioduros é hizo uso de las aplicaciones locales. Al cabo de uno ó dos meses se había curado, mas entonces apareció una fuerte erupción rupioide que resistió al tratamiento y sobre la cual me consultó el paciente. Presentaba muchas y grandes úlceras en los hombros, en el tronco y en la cara: algunas rupioides y redondas, y las demás lupoides, de forma irregular. También vi abscesos en la lengua, infarto de ambos testículos, falta de salud en general, tos, sudores, etc.; tanto que llegué á sospechar de los pulmones. Atendido el largo período que trascurrió sin haber síntomas antes de presentarse el segundo chancro, la persistencia de éste y la fecha en que se manifestó una segunda erupción general, no dudé que había ocurrido una segunda infección. Así como en otros muchos casos de segundos ataques, los síntomas no fueron exactamente los acostumbrados, y la erupción tendió al tipo de rupia lupoide antes de lo que se observa en pacientes que nunca padecieron anteriormente sífilis.

COMENTARIO CCXLII

Sobre la frecuencia con que las segundas infecciones dan lugar á chancros fagedénicos

Cuando se imprimían estas páginas tuve conocimiento de otro caso muy curioso de fagedenismo intratable manifestado en un segundo chancre. Yo había visitado al Sr. B. para curarle unas úlceras de la garganta cuatro años antes, y hacía dos años que el paciente había sufrido la sífilis. Se trató mucho tiempo, y después de restablecerse continuó medicándose seis meses más.

El resultado fué que, hallándose del todo bueno, no volví á verle en mucho tiempo. A los cuatro años se me presentó de nuevo: tenía una considerable porción del pene destruída por el fagedenismo, y la uretra descubierta más de una pulgada. El paciente me dijo que había contraído un nuevo chancre tres meses antes, habiéndosele tratado por una ulceración que se temía destruyese todo el órgano. El fagedenismo no se declaró hasta unos treinta días después de presentarse el chancre, y entonces se comenzó un riguroso tratamiento por los cáusticos, el iodoformo, etc. A pesar de esto y del uso de los remedios constitucionales con opio, la ulceración progresó largo tiempo, y el paciente hubo de guardar cama un mes ó más.

El fagedenismo es bastante común en los chancros de los que nunca han padecido sífilis antes; pero mi experiencia me induciría á creer que los que han tenido esta afección están mucho más propensos á él. Yo creo que en no pocos de los casos en que los chancros se califican de blandos y no infectantes, estas particularidades son consiguientes al hecho de haber padecido ya sífilis el enfermo. En el *Atlas de afecciones venéreas* de Cullerier se representan varias formas de ulceración serpiginosa y fagedénica, y algunas de ellas se describen como complicación de los chancros *blandos*. Desgraciadamente no se hace la historia de ningún caso; de modo que el lector

no puede saber si hubo ó no síntomas constitucionales. El traductor de la obra, doctor Bumstead, era un ardiente dualista, y debemos suponer que con el término *blando* se quiere decir no infectante. Sólo puedo dar mi opinión de que los pacientes que tenían chancros como los que se citan en aquel libro habían padecido ya sífilis ó estaban atacados de ella. Lo que se representa en la figura 8 es casi semejante á lo que ocurrió en el caso antes descrito, y me induciria á sospechar mucho que el paciente había padecido sífilis en alguna época anterior y era víctima de un nuevo contagio.

COMENTARIO CCXLIII

Opiniones de los autores respecto á los segundos ataques de sífilis

En 1839 Ricord consignó por primera vez, como resultado de su experiencia, que la sífilis no se podía manifestar dos veces en un mismo individuo. En 1845 admitió ya excepciones, pero diciendo que él no había conocido nunca un caso incuestionable; hasta que después vió dos que hubo de considerar como concluyentes. En 1863 Diday escribió una luminosa Memoria sobre el asunto, y dijo que había tratado veinte casos, de los cuales hizo deducciones que fueron apoyadas más tarde por otros observadores. Entre ellas encontramos las siguientes: que los segundos ataques de sífilis, aunque no muy raros, son excepcionales por regla general; que cuando se producen, prueban que el paciente fué curado de un primer ataque en cuanto se refería á una afección de la sangre, aunque tal vez no para combatir los síntomas terciarios; y que en el carácter del segundo ataque influye el tiempo que haya trascurrido desde el primero, y quizás también su gravedad.

En cuanto á la circunstancia de que el segundo ataque sea una prueba de la curación radical del primero, hecho en que han insistido varios autores (Ricord, Diday, Brumstead, etc.), debo confesar que tengo algunas dudas. Probablemente un

segundo ataque de sífilis completa, en que la enfermedad sigue sus acostumbrados períodos, presentando los fenómenos comunes, prueba que el individuo así afectado estaba libre de la primera infección; y también puede ser que tales ataques ocurran sólo en aquellas personas que disfrutaron de salud durante un largo período después del tratamiento para curar el primero. Esto no quiere decir que no se pueda agregar la segunda infección á la primera en aquellos que no se han curado, complicando la enfermedad. Tal vez convenga agrupar los casos de las segundas infecciones locales bajo los siguientes títulos:

Primer grupo.—Pacientes en quienes la infección local produce sólo un chancro abortivo. Estos son numerosos, y probablemente muchos chancros que se califican de *blandos* no se induran porque el individuo tuvo antes sífilis. Creo que las úlceras no induradas en los pacientes sifilíticos son algunas veces muy molestas y presentan caracteres inusitados. Esta clase de casos exige un estudio más cuidadoso. Por regla general no resultan marcados fenómenos constitucionales, pero sería muy erróneo asegurar que la sangre no se altera en manera alguna.

Segundo grupo.—Casos que difieren de los anteriores sólo por el hecho de que la lesión primaria toma todos los caracteres de la induración. Estos difieren de la sífilis típica por el tiempo que dura el período de incubación, desarrollándose la induración dentro un período muy corto. También se diferencian en que las glándulas inguinales no se infartan (Diday). La induración es muy variable en su trascurso y podría desaparecer muy pronto. Por estos caracteres, y por la circunstancia de no seguir síntomas constitucionales, separamos los casos de este grupo de los dos siguientes, pero es obvio que hay excepciones. Siempre que se apela al tratamiento, es fácil que á su influencia, más bien que á la no infección de la sangre, se deba atribuir la inmunidad de un ataque general.

Tercer grupo.—Casos en que la segunda infección produce un chancro duro seguido de síntomas generales de un género excepcional, que presentan más bien los caracteres conocidos como terciarios. Estos son los casos en que no transcurre más

que un corto intervalo desde el primer ataque. Los síntomas constitucionales pueden ser de la naturaleza de la rupia lupoides, ó tomar la forma de nódulos.

Cuarto grupo.—Casos en que la enfermedad es completa y conforme en todo con el tipo de un primer ataque. En todos éstos, el período, desde el primer ataque, por lo que yo he observado, ha sido muy largo, y la curación perfecta al parecer.

Mr. Bouley conoció un caso en que fué concluyente la posibilidad de una segunda infección en el período terciario. En 1851 trató de sifilizar á una mujer para la curación de rigurosos síntomas terciarios, y el resultado fué la producción de un chancre infectante primitivo y un ataque de síntomas secundarios.

Entre los autores que han publicado casos para demostrar la segunda infección, cuéntanse Gascoyen, Follin, Bouley, Hardie, Boeck y Caspary. Un artículo de Mr. Gascoyen, publicado en las *Memorias médico-quirúrgicas* de 1873, tiene especial valor, porque se refiere á once casos tratados por el mismo. En siete de ellos debió medicar al paciente para combatir los dos ataques, y en cuatro un chancre indurado fué la única prueba de una segunda infección; pero en seis hubo también síntomas constitucionales. Mi propia experiencia se aviene mucho con la de Mr. Gascoyen, y cada uno de nosotros ha dado á conocer un caso en que un paciente padeció sífilis tres veces.

CAPITULO XVI

Sobre los chancros satélites

Respecto á los accidentes de la sífilis, es necesario decir algunas palabras sobre la naturaleza de los llamados *chancros satélites*. Una úlcera ó un foco local de inflamación quedan designados con este nombre cuando se manifiestan cerca de otro de mayor tamaño que ya existía antes. Vemos ejemplos de satélites en varios campos de la observación clínica.

En un caso de tumor canceroso alojado en la glándula mamaria, se pueden hallar nódulos escirrosos sobre la piel. No se presentan en el otro seno ni en partes de la superficie distantes, pero siempre se hallan cerca del tumor. De modo que aunque no estén en continuidad estructural con él, no podemos menos de pensar que se deben á infección. En el caso del lupus común obsérvanse siempre tumores satélites cerca del primitivo. No cabe duda que en ambos de estos casos, de los cuales sería fácil citar centenares de otros, los espacios linfáticos son los conductos por donde se efectúa la trasplatación de la célula. En las afecciones sifilíticas terciarias de todas las especies los satélites son comunes. Si se permite á un goma persistir, no sólo aumentará de tamaño por la extensión serpigiosa de sus bordes, sino que ocasionará la infec-

ción de estructuras adyacentes. Los otros gomas más pequeños serán como la progenie de los primeros. Aquí vemos una dificultad, una poderosa razón para emplear pronto el tratamiento respecto al primitivo, puesto que al curarle impedimos que se produzcan otros.

En la sífilis secundaria, cuando toda la sangre y los tejidos se contaminan simultáneamente, tal vez no sea probable que se presenten chancros satélites; pero de todos modos es imposible decir qué accidentes son de esta naturaleza y cuáles se deben al envenenamiento general de la sangre.

En la sífilis primaria, los fenómenos de que tratamos son raros; pero llegan á ofrecer mucho interés, y á veces pueden conducir á errores. Por regla general, un chancre primitivo se conserva solo desde el principio hasta el fin, sin manifestar tendencia á contagiar las partes adyacentes; pero no siempre sucede así, pues de vez en cuando vemos el desarrollo de un segundo chancre, cerca del primero y mucho tiempo después de su aparición.

Es posible que el segundo sea duro si el primero lo fué también, pero rara vez alcanzará su tamaño. Siempre hay alguna duda sobre si este segundo chancre se debe á la propagación del virus en los espacios linfáticos de debajo de su superficie ó á la inoculación de ésta. Si lo último es cierto, no hay duda que es posible inocularse en períodos muy lejanos de aquel en que se desarrolló la primera úlcera.

Varias veces he visto manifestarse úlceras satélites cerca de los chancros producidos accidentalmente en sitios distantes de las partes genitales, y en todos era claro que se diferenciaban por completo de los accidentes secundarios, y eran resultado de la infección, bien fuese externa ó subcutánea. Creo que se manifiestan mucho más á menudo cuando el chancre primitivo está inflamado y es casi fagedénico. Describiré un caso que es uno de los mejores ejemplos de chancros satélites.

Llegó de Gales un caballero para consultarme por haberse inoculado en el párpado inferior izquierdo. Era evidente que no había habido chancre en los genitales: el origen de su contagio era conocido. Un enorme y maligno chancre fué el resultado, chancre de bordes escavados, presentando una base

dura y pultácea. Resistió mucho el tratamiento por los específicos al interior y el iodoformo y los cáusticos exteriormente, y tomó un carácter fagedénico subagudo que duró cuatro meses y fué extendiéndose hasta que todo el párpado inferior quedó destruído. Aunque los específicos se administraron con vigor todo el tiempo, presentóse una ligera erupción secundaria en forma de placas liquenoides, principalmente en los muslos, pero también en la cara: no se manifestaron nunca úlceras en la garganta. La enfermedad se curó al fin, al cabo de largo tiempo, por medio de continuas unciones mercuriales. Ahora citaré algunos curiosos hechos en cuanto á los satélites. Unos dos meses después de haber aparecido el primer chancreo y de administrarse algún tratamiento específico, formóse en la mejilla una especie de divieso, pulgada y media más abajo del borde inferior del chancreo primitivo; quince días después manifestóse otro del mismo carácter cerca del primero; y luego aparecieron otros tres en el cuero cabelludo y en la frente, en el mismo lado. Todos se desarrollaron como chancros semejantes al primero, del cual diferían solamente por ser más pequeños. Tomaron un carácter maligno y resistieron el tratamiento. Los de la mejilla se extendieron en anchura y profundidad, uniéndose casi con el primitivo. Los de la frente eran mucho más pequeños, pero no tardaron menos en curarse, y no se cerraron hasta que el primero se curó á fuerza de mercurio. En ninguna otra parte del cuerpo había úlceras que se asemejaran lo más mínimo á las de que acabo de hablar, situadas en el mismo lado de la cabeza y muy inmediatas al chancreo primitivo.

Parece imposible no creer que estos chancros se debían á la infección por el primero, y es probable que la tal infección se efectuase en la superficie, pues no cabe duda que las úlceras ocupaban todas un lugar que podía ser contaminado fácilmente por las secreciones. Sin embargo, no se explica fácilmente por esta hipótesis que no hubiese otras úlceras en otras partes, puesto que el lado homólogo de la cara y las manos pudieron inocularse también. Lo más seguro en este caso, dados nuestros conocimientos, es aceptar una explicación análoga sobre el modo de propagación, y entonces será preciso admitir que un chancreo

venéreo primitivo es susceptible de ocasionar algunas veces otros nuevos por contagio en la misma persona, mucho tiempo después de la primera aparición.

En el estado actual de nuestros conocimientos no podemos afirmar demasiado en cuanto á la manera de producirse los satélites, pero tal vez no sucede lo mismo en todos los casos. En algunos tal vez resulten de infección á través de los espacios linfáticos de la piel ó de debajo de ella, y en otros por contagio directo de las secreciones en la superficie. Para mayor conveniencia consideramos como satélites todos los chancros que se originan después del primitivo como resultados directos de su influencia local; y así, en muchos casos en que los chancros blandos son al fin múltiples, los más de ellos se califican de satélites. Cuando los chancros duros son múltiples, generalmente se deben á inoculación simultánea en varias partes distintas. La lámina 14 del *Atlas* de Cullerier presenta un buen ejemplo de un chancre satélite, siendo el primitivo un chancre del labio inferior, y hallándose el otro un poco más arriba de la barba.

En el mismo *Atlas* (lámina 12) encontramos lo que se describe como un chancre indurado y curado de la piel del pene, y otro en el hipogastrio, de la misma especie, producido por inoculación de la secreción del primero, lo cual prueba que un satélite puede indurarse, ó que hubo un error en cuanto á su origen, si no fué resultado de contagio simultáneo en primera instancia. En el diagnóstico de los satélites se ha de fijar mucho la atención en las fechas en que aparecieron los chancros: si se presentaron al mismo tiempo, ó poco menos, se deben probablemente á inoculación simultánea. En todos los satélites verdaderos ha de mediar un intervalo definido y considerable entre los dos, y por regla general el satélite se asemeja mucho al chancre primitivo por todos sus caracteres; pero esto no es invariable. En el caso de un chancre duro, bien marcado, en el labio inferior, he visto aparecer un satélite debajo al cabo de algunas semanas. Era papilar, y más bien parecía un condiloma modificado que no un chancre duro. Sin embargo, no hubo condilomas ni forma alguna de erupción secundaria en otra parte; la placa era claramente una consecuencia de la proximidad.

CAPITULO XVII

Imitación de otras enfermedades por la sífilis

En un artículo publicado en 1879 traté de llamar la atención sobre el notable hecho de que todos los diversos accidentes morbosos debidos á la sífilis son imitaciones de otros no específicos y de formas típicas. La sucesiva experiencia me ha confirmado en mi convicción de que esta manera de considerar el asunto ayuda, no sólo en cuanto á la clasificación y la nomenclatura, sino también para formar exacto juicio respecto á los procesos sifilíticos. Podemos usar, pues, todos los nombres sustantivos ya empleados para las afecciones no específicas, y añadir simplemente el adjetivo *sifilítico*: así, por ejemplo, tenemos psoriasis sifilítico, liquen sifilítico, pémfigo sifilítico, keloide sifilítico, ataxia sifilítica, oftalmoplegia sifilítica, y otros muchos. No hay absolutamente síntoma peculiar de la sífilis.

Lo perfecto de la imitación es, á menudo, muy notable, y tal vez tengamos de ello el más curioso ejemplo en la viruela sifilítica. La erupción designada con este nombre se asemeja de tal modo á la enfermedad común, que muchas veces engañó á los más hábiles observadores. Con frecuencia he conocido casos de esa especie admitidos en los hospitales de variolosos,

ó tratados en el aislamiento de su propio domicilio por haberse hecho un diagnóstico equivocado. La semejanza con el sarampión, la roseola ó la fiebre escarlatina, no es menos exacta. Las erupciones rubeólica y roseólica son muy comunes en la sífilis, mientras que la que se parece á la fiebre escarlatina es tan rara como la que simula la viruela; pero alguna vez he conocido pacientes á quienes se trató por dicha fiebre y que en realidad sólo tenían sífilis. Creo que el conocimiento de este hecho general nos ayudará mucho en el diagnóstico. Siempre debemos estar prevenidos y preparados á ver enfermedades debidas á la sífilis que se asemejan á los prototipos no específicos de una manera notable. Con una cuidadosa inspección, y atendidos los antecedentes, casi siempre se distinguirá la simulación sifilítica de la verdadera afección. En el caso de semejanza con los exantemas, la induración de la erupción resolverá, por lo regular, la duda. La erupción sifilítica no atraviesa sus períodos tan rápidamente como las otras, pero persiste mucho tiempo después de haber recorrido aquéllas su debido curso. Esta discrepancia en cuanto á la marcha decidirá por lo regular el diagnóstico; pero otros caracteres lo facilitarán en la mayoría de casos. De ordinario se observan peculiaridades de menor cuantía en las enfermedades específicas; así, por ejemplo, se desarrollan á menudo de una manera más irregular, mezclándose con frecuencia dos ó más tipos de la afección en el mismo caso. No debemos confiar demasiado, no obstante, en este carácter de polimorfismo como distintivo de las erupciones sifilíticas, porque á menudo no existe y puede hallarse en otras afecciones. Por exacta que sea la semejanza con una enfermedad común y no específica, no sólo quedaremos justificados siempre al sospechar la sífilis, sino que es necesario prevenirnos en cuanto á los síntomas contrarios. Hay algunas pocas enfermedades, algo raras, en que la imitación sifilítica es mucho más común que el tipo original, y en tales casos podemos incurrir fácilmente en el error de tomarlas por sífilis con mucha confianza, cuando ésta no existe. La costra cónica de la rupia sifilítica, por ejemplo, es bien conocida de todos; pero no se sabe mucho que hay una erupción no específica que produce costras del todo análogas

á las de la sífilis; de modo que los más de los médicos que ven por primera vez un buen ejemplo del *psoriasis rupoides* (de Mc. All. Anderson) lo consideran confiadamente como específico.

La enfermedad conocida con el nombre de *oftalmoplegia externa*, en la que todos los nervios oculares de ambos lados se afectan y en que los párpados superiores están caídos y los ojos casi fijos, es en casi todos los casos una consecuencia de la sífilis. Hace algunos años me hubiera inclinado á decir que no había conocido nunca la enfermedad por otra causa; pero últimamente he visto dos casos, uno de ellos efecto de lesión y el otro no asociado con ninguna causa desfavorable, los cuales se parecían por todos sus caracteres á los casos sifilíticos. Un hecho contrario resulta verdadero tratándose de cierto desorden del sistema nervioso, perteneciente, al parecer, á la misma categoría que la oftalmoplegia. Me refiero á la parálisis glosio-labio-laríngea, en la cual, así como en la oftalmoplegia, ciertos músculos se paralizan por grupos; pero mientras que uno es casi siempre sifilítico, rara vez vemos íntimas simulaciones del otro por la sífilis.

Respecto á varios de los más comunes accidentes de la sífilis, estoy seguro de que con mucha frecuencia se incurre en errores de diagnóstico por no reconocerse lo bastante la semejanza que presenta la sífilis con otras enfermedades y éstas con la sífilis. Hay casos en que, después de la más detenida investigación de los hechos, el médico debe confesar que se ha equivocado. Tratándose de la lengua, cuando hay ulceraciones superficiales con bordes de color blanco agrisado á lo largo de sus lados, considérase esto por regla general como sífilis; pero hay casos en todo análogos á los sifilíticos y en los cuales no existe la infección.

Respecto á la garganta, por otra parte, si las alteraciones se marcan bien, si por ejemplo hay úlceras en forma de riñón en la base de la lengua, se justificará que consideremos la afección como sifilítica; y si la garganta ulcerada se conserva en tal estado algunas semanas ó meses, nuestra confianza aumentará. No se han descrito aún formas de ulceración de la garganta, con tales caracteres, relacionadas con ninguna otra

causa; pero durante los últimos años he visto varios ejemplos de garganta ulcerada del todo, parecidos á los de sífilis secundaria, sobre los cuales no había antecedente de esta afección, no habiéndose manifestado tampoco otros fenómenos para apoyar semejante diagnóstico.

En el escrito á que me refería en otro lugar, he citado casos de simulaciones sifilíticas del cáncer corrosivo. De esta forma de cáncer de la cara, los bordes sinuosos, de altura igual y aspecto semitrasparente, son el carácter distintivo; pero adviértase que estos bordes se pueden observar perfectamente en úlceras que son en realidad sifilíticas. Cuando sucede así, lo más curioso es que la afección se manifiesta sólo en aquellas partes en que aparece la úlcera corrosiva, es decir, en la cara. He visto varias de estas úlceras sifilíticas en las cuales no pude hacer el diagnóstico hasta que el resultado del tratamiento específico desvaneció mis dudas.

El hecho de que la imitación sifilítica se manifiesta sólo en las partes donde se puede localizar la verdadera úlcera corrosiva puede servirnos para explicar la simulación sifilítica en general; y sin duda se debe al hecho de que precisamente las mismas estructuras anatómicas son invadidas en la inflamación. Una vez comenzada esta última, y después de tomar sus particularidades de la estructura en que comenzó, conserva después su tipo; de modo que la viruela sifilítica afecta, sin duda, las mismas estructuras de las glándulas que son atacadas en la enfermedad común, y de aquí la identidad de aspecto en la pústula formada.

En el sarampión debemos suponer una parálisis vaso-motora de ciertos capilares, y de aquí las manchas semilunares de eritema oscuro. Hay pieles muy prontas en enfermar por ciertas causas, y esta causa puede la sífilis remedarla. Sabemos muy bien que la copaiba y otras drogas pueden producir el mismo resultado, y es posible que los individuos aquejados de sarampión ó viruela sifilítica sean precisamente aquellos en quienes, si se produjese el verdadero exantema, la erupción se desarrollaría perfecta y abundante.

Así, pues, podemos considerar que el veneno sifilítico saca á luz una peculiaridad latente de estructura, y esta explica-

ción puede aplicarse bien á los casos de psoriasis y rupia sífilíticos. Los que sufren una erupción sífilítica escamosa son tal vez los que, si quedan bajo la influencia de causas eficientes, pueden haber padecido un psoriasis común; y los que aquejan rupia pueden ser los que estaban predispuestos á pémfigo. Tal vez en el tratamiento de la rupia sífilítica deberíamos combinar el arsénico con nuestros específicos.

Puesto que la sífilis puede imitar casi todas las formas posibles de perturbación de la salud debida á otras causas, sería evidentemente enojoso tratar de describir todas sus variedades y descartarlas de las debidas á causas comunes.

Bastará que el lector comprenda que cuando se sabe que un paciente ha tenido sífilis es lógico sospechar una mácula de esta enfermedad en todas las dolencias anómalas que puede padecer después. Rara vez se causará daño con un ligero tratamiento mercurial, y muy á menudo la sospecha se confirmará, efectuándose la curación al mismo tiempo.

En el caso de las erupciones sífilíticas de la piel, apenas me atrevo á intentar la enumeración de sus variadas formas. Sus modificaciones son casi infinitas, y debo limitarme á decir que los dermatólogos no han descrito ninguna forma única que no esté simulada por la sífilis. Sin embargo, esto se ha reconocido ya bastante, y no es probable que ocurran errores en esta sección de nuestro asunto. En las enfermedades de la piel es más común que las personas no sífilíticas sean consideradas como tales por el mismo paciente y por el médico, que no la frecuencia del error contrario.

En ciertas otras formas de enfermedades que no afectan la piel se puede descuidar fácilmente el diagnóstico de sífilis. Así puede ser que los pacientes de mediana edad ó ancianos simulen bien el reumatismo poliarticular del tipo subagudo, ó acaso se trate éste como una fiebre, como resultado del envenenamiento de la sangre [por drenaje defectuoso. El doctor Reade, á quien tanto debemos por sus primeras observaciones sobre las enfermedades sífilíticas del sistema nervioso, asegura que algunas veces la fiebre sífilítica puede representar el tipo de la interminante cotidiana. El caso que cita es uno de aquellos en que el veneno palúdico obró durante el pe-

ríodo secundario de la sífilis, ocasionando, sin duda, aquella afección, en la cual fué lo más curioso que no cedió por la quinina ó el arsénico, curándose desde luego cuando se usó el mercurio. Esto no prueba que la sífilis solamente puede producir intermitentes, si bien Mr. Zambaco recuerda casos (citados también por el doctor Reade) en los que esa afección se debió, al parecer, únicamente á la sífilis, no habiendo experimentado nunca el enfermo la influencia del paludismo. En estos casos, la lección más importante es que la quinina no curó nada, consiguiéndose muy pronto el restablecimiento con el mercurio.

Es bastante común que la neuralgia violenta sea simulada, ó tal vez debería decir producida por la sífilis.

He descrito con algunos detalles en otro lugar el caso en que un hombre sometido á tratamiento por tener sífilis secundaria fué atacado de una enfermedad muy semejante á la apoplejía. Resultó la muerte, mas por desgracia no se permitió hacer la autopsia, y no pudimos decir con seguridad si hubo trombosis arterial acompañada de reblandecimiento secundario ó hemorragia. En lo que podemos llamar el accidente sifilítico ó apoplejía sifilítica, pueden observarse á menudo todas las consecuencias de la apoplejía común, pues hay la misma hemiplegia persistente, é idéntica tendencia al coma en el primer período; pero la causa local suele ser diferente, porque en la sífilis la parálisis se debe á la obliteración de una arteria, mientras que en la otra forma se suele producir la ruptura de un vaso y extravasación. Relacionada con esta diferencia en la causa local, podemos señalar otra muy importante en los primeros síntomas. En la apoplejía hemorrágica ordinaria el desarrollo de los síntomas suele ser más repentino, y se completa mucho antes que en la imitación sifilítica. En los casos de trombosis arterial, la detención de la corriente sanguínea no se completa á menudo de una vez, pues con frecuencia una corriente disminuída puede atravesar el obstáculo, y sólo después de cierto período verificarse la oclusión absoluta. Durante este intervalo habrá, por lo regular, síntomas variables. Es posible que el paciente aqueje parálisis de un brazo ó de una pierna, que puede ceder y re-

petirse. Tal vez la afección sea incompleta durante una hora ó dos, y hasta uno ó dos días, antes de que el coma ó la hemiplegia se desarrollen del todo. Este singular desarrollo de los síntomas se manifestó de una manera notable en el caso á que me he referido, habiendo podido el paciente dejar la cama después de los primeros síntomas y lavarse antes del coma final.

El doctor Jackson nos ha suministrado útiles datos para distinguir la epilepsia debida á irritación periférica, como suele serlo siempre la de la sífilis, de la especie más típica. En la epilepsia jacksoniana los espasmos suelen comenzar sólo en un miembro, y obsérvese un intervalo antes de que el paciente pierda el conocimiento; pero aunque la epilepsia debida á la sífilis presenta, por lo regular, particularidades que permiten reconocerla, será prudente usar específicos en todos los casos en que la epilepsia se desarrolla en aquellos que padecen la mácula sifilítica. Es muy posible que en muchos sujetos semejante lesión sifilítica obre sólo á medias para producir la enfermedad, existiendo al mismo tiempo la acostumbrada predisposición personal.

Las observaciones que acabo de hacer se aplican muy bien á todas las variedades de afección paraplégica que ocurren en los que han padecido sífilis. La paraplegia por causa de esa afección es muy común y puede presentarse en diferentes períodos de la afección. He citado varios casos que dan á conocer sus variedades, y bastará observar que en todos los que son sospechosos se debe prescribir al paciente, desde luego, el tratamiento mercurial.

CAPITULO XVIII

Sobre la sífilis en su relación con el matrimonio

Es muy difícil el contestar cuando se pregunta al cabo de cuánto tiempo se podrá permitir al hombre ó á la mujer casarse después de haber padecido sífilis. La necesaria consideración

á los intereses de la vida social nos obliga á prevenirnos contra las opiniones extremadas; mientras que por otra parte debemos ser fieles á nuestros deberes respondiendo como hábiles consejeros á los que nos consultan, procurando evitar la reputación de alarmistas. Evidentemente, es muy cómodo, como simple materia de ciencia médica, decir á los que han tenido sífilis que siempre hay peligro y que el matrimonio se debe evitar para siempre. Pero semejante proceder impediría miles de felices matrimonios y aumentaría las filas de los que adoptan el concubinage, mientras que se reduciría la suma de la dicha humana, sin que por esto disminuyese probablemente la sífilis.

En su consecuencia debemos ser razonables y moderados en nuestras recomendaciones. Hasta una fecha todavía reciente, el período de espera era muy corto, y de consiguiente nada adecuado á lo que se opina hoy.

He visto una certificación firmada por un presidente del Colegio de Cirujanos autorizando á un joven para casarse, justificándolo en el hecho de que todos los síntomas secundarios habían desaparecido. El caso es que se había empleado el tratamiento mercurial con buen éxito, trascurriendo sólo tres meses desde la fecha en que apareció el chancro. Últimamente algunos autores han insistido en aconsejar períodos que me parecen excesivamente largos, con lo cual se ha producido cierta alarma que en mi concepto es muy de sentir.

En los últimos veinte años me he impuesto la regla de aconsejar un intervalo de dos años completos desde el día que se contrajo la afección hasta aquel en que se puede contraer el matrimonio. Por muy satisfactoria que hubiese sido la marcha del caso, y absoluta la carencia de síntomas durante las últimas tres cuartas partes de este plazo, nunca me desvié de esta regla. Conozco las consecuencias de muchos matrimonios que se efectuaron con mi permiso profesional después del citado intervalo, y, excepto el caso de que trata el comentario CLXXVIII, jamás supe que resultara perjuicio para la esposa ó los niños.

Por regla general, pues, en la que caben muy pocas excepciones, creo poder asegurar que al cabo de dos años no hay

peligro de transmisión hereditaria. Hablo de pacientes que se hayan sometido á un cuidadoso tratamiento mercurial. Los más de los novios tomaron pequeñas dosis de mercurio durante seis ú ocho meses, continuamente durante todo este tiempo, y después en cortos períodos. A muchos que deseaban casarse cuanto antes, les aconsejé que continuaran con el mercurio, como precaución, por espacio de dos años.

Aunque he tenido pocas ocasiones de observar casos no tratados con mercurio, me inclino á creer que el mero período de tiempo obra las más de las veces como agente de curación eficaz en la sífilis en cuanto se refiere á sus propiedades contagiosas. El virus parece extinguirse, aunque, según lo prueban diariamente los hechos, no haya desaparecido la predisposición del individuo á experimentar los síntomas terciarios. Probablemente, en la mayoría de casos, el riesgo de transmitir la infección á los niños ha desaparecido mucho antes de los dos años; y si no fuera así, deberíamos suponer que nuestros predecesores habrían visto injustificadas sus autorizaciones con mucha más frecuencia de la que sabemos.

En la presente obra hemos citado muchos casos de niños que, habiendo nacido poco después de padecer sífilis el padre ó la madre, escaparon á la infección. Que los síntomas terciarios no se heredan, es para mí un hecho bien establecido, y también que no son contagiosos entre las partes mismas; y aunque opino que dos años entre la sífilis y el matrimonio es un plazo bastante largo, no negaré que la transmisión de los padres á los hijos puede continuar, al parecer, durante períodos mucho más largos; pero los casos en que sucede así son tan excepcionales que en mi concepto no deben alterar nuestra regla y probablemente se explican de diversos modos. Algunas veces (tal vez en casi todas) ha ocurrido una segunda y hasta tercera introducción del virus, y muchos pacientes que no ocultan haber padecido sífilis antes del matrimonio, pueden negar más tarde que se hubiesen expuesto á él después.

Paréceles que la primera sífilis basta para guiar al médico á fin de que éste emplee un tratamiento correcto, y que no es necesario hacer ninguna otra confesión. En otros casos, la transmisión que era del padre la primera vez, proviene de la

mujer más tarde, siendo una enfermedad, por lo tanto, de más reciente origen. Así es como el hombre que se halla al fin del plazo de los dos años, se casa y engendra un feto sifilítico. Su esposa recibe el virus, y viene á ser después la fuente de donde sus hijos lo heredan.

En casi todos los casos en que la trasmisión á los hijos persiste por largo tiempo, probablemente será debido á que el tratamiento ha sido ineficaz. Esta observación se aplica especialmente á las mujeres que pueden haber contraído la afección por sus esposos. En gran número de semejantes casos el tratamiento es muy insuficiente, ó casi nulo. Como el marido teme despertar las sospechas de su mujer, tal vez no le diga nada: si los síntomas no son molestos, basta con cualquier paliativo, y es posible que se apresure á dejar todo tratamiento apenas haya desaparecido la perturbación. Hablando en general, á las mujeres se las trata menos eficazmente que á los hombres para curarse la sífilis, y es posible que á las casadas se las descuide más que á las otras. Los hombres conocen mejor la afección que el sexo femenino, y sométense más dócilmente á un prolongado tratamiento. Teniendo en cuenta esto, tal vez pueda explicarse la impresión general de que el peligro de trasmisión á los niños dura más tiempo en las madres que en los padres. Así, pues, cuando un individuo nos pregunta «si puede casarse,» debemos prescindir de los hechos que se desprenden de casos aislados y raros, basando nuestra opinión en los resultados generales; pues hay tantas falacias en los casos excepcionales que quedamos justificados al no dejarnos influir por sus aparentes lecciones en muy diferentes circunstancias. Si el paciente ha sido bien tratado, si no se ha manifestado tendencia alguna á la recidiva del chancre, creo que el médico podrá permitir el matrimonio al cabo de dos años, asegurando con toda confianza á su cliente que bajo tales condiciones el riesgo es sumamente ligero.

He hablado hasta aquí de casos en que el sujeto que deseaba casarse había padecido sífilis bien reconocida; pero hay otros en que el diagnóstico del chancre primitivo puede haber sido dudoso, no sabiéndose á punto fijo si era una erosión, un chancroide ó una ulceración herpética, deseando con esto

el paciente casarse muy pronto después de la ocurrencia. Mi amigo el doctor Burmstead decía que el matrimonio no debía efectuarse hasta tres meses, «á lo menos, después de desaparecer semejante escoriación;» pero yo me inclinaría á insistir siempre en un período mas largo.

Los casos de recidiva del chanero y del herpes después de la sífilis, nos presentan grandes dificultades. He conocido diversos ejemplos de hombres casados muy propensos al chanero recurrente con la induración más típica, y cuyas esposas no padecieron nunca. Sin embargo, no me avendría á consentir en el matrimonio de nadie que estuviese expuesto á semejante contingencia, á menos de haber transcurrido doble tiempo del que he recomendado. En cuanto al herpes del pene no es probablemente contagioso, y la predisposición al mismo no será acaso obstáculo para dar permiso para casarse; pero los que lo padecen deben evitar cuidadosamente todo contacto mientras queden vestigios de úlceras herpéticas.

CAPITULO XIX

Sobre el modo de investigación de los casos sífilíticos y de anotar su historia

Habiendo insistido tan repetidas veces en las casi insuperables dificultades que en ocasiones se oponen al reconocimiento de la sífilis, bueno será añadir un breve capítulo sobre el mejor modo de investigar la historia del paciente cuando se sospecha la existencia de dicha infección. En muchos, si no en la mayoría de casos de verdadera dificultad, debemos averiguar los hechos pasados para desvanecer las dudas. Bien sabido es, sin embargo, que no podemos fiarnos de los informes de nuestros pacientes, porque pueden ser erróneos, ya por ignorancia ó ya por no querer confesar la verdad; de modo que convendrá comenzar haciendo preguntas indirectas antes de entrar en la cuestión, pues de lo contrario el paciente se pondrá en guardia y acaso oculte útiles detalles. Bueno será siempre preparar el terreno, explicando la importancia que tiene saber la verdad y prometiendo el secreto. Las respuestas varían á veces mucho. Acaso un hombre conteste desde luego afirmativamente, y después, al pasar á los detalles, manifieste dudas sobre si el chancro era infectante; pero si todas las condiciones son muy sospechosas, bastará que se reconozca la existencia de cualquiera especie de chancro.

Debe tenerse en cuenta que muchos chancros infectantes no van nunca seguidos de marcados accidentes secundarios, y también que se asocian á menudo con bubones que supuran, dejando no pocas veces profundas cicatrices, sin contar que con frecuencia son calificados de *blandos* por el médico. Si el paciente admite que se ha expuesto al contagio, pero niega haber tenido ninguna úlcera externa, mientras confiesa que padeció una blenorragia, se ha de tener presente que hay casos en los cuales, aunque se trate de un simple flujo, es indicio de sífilis constitucional, pues los síntomas del chancre de la uretra son muy vagos. Por último, si se admite la exposición, pero negándose todo contagio, debemos tener en cuenta que en algunos casos indudables, cuidadosamente observados, la lesión inicial de la sífilis ha faltado del todo, y entonces venimos á deducir que si un paciente confiesa que se expuso, la sífilis es posible.

La negativa absoluta en este punto puede tener muy distinta significación en diferentes casos. En todos los individuos jóvenes, solteros é inexpertos, y particularmente en las mujeres, semejantes negativas no merecen mucho crédito; pero si la negativa se recibe al tratarse de la investigación de síntomas terciarios en personas de edad madura acostumbradas á los usos del mundo, y si se niega á un extraño y no al médico de la familia, merecen alguna atención. El interés que tiene decir la verdad es entonces obvio, y yo opino que cuando tales sujetos nos dicen explícitamente que nunca tuvieron en su vida contacto sino con sus esposas, ni úlceras de ninguna especie, debemos dejar á un lado la sospecha de sífilis. Sin duda ocurren excepciones, mas pienso que son muy raras. Los síntomas de mayor importancia para corroborar la historia de un chancre primitivo, son, por supuesto, las úlceras en la garganta y la erupción.

Si el paciente ha tenido en algún período de su vida una úlcera de cualquier especie en los órganos genitales, seguida dos meses después de una erupción y de úlceras en la garganta, podemos suponer, sin mucho temor de engañarnos, que ha tenido *sífilis completa*. Entonces se ha de investigar cuidadosamente cuánto tiempo duró el chancre, y si la erupción y

las úlceras se reconocieron como específicas. Descubierta la sífilis completa, lo principal es averiguar qué tratamiento se adoptó y cuáles fueron las consecuencias, para lo cual creo que lo mejor es marcar varias divisiones en un pliego de papel rayado, dejando tres líneas para cada año que haya transcurrido desde la primera afección, y consignar todos los detalles que el paciente recuerde sobre su enfermedad. Esto tiene la ventaja de que, representado el tiempo por el espacio, es muy fácil ver los hechos claramente. Un ejemplo explicará mejor mi plan, y por eso expongo los dos casos siguientes, que son auténticos. En el primero era importante consignar en detalles los hechos del primer año, y por lo mismo se divide el espacio en meses; mientras que en el segundo se hace por años, pues el caso duró mucho más. Cuando se desea consignar los datos referentes á los períodos de incubación, etc., conviene subdividir en semanas. Al pie de la observación se escribirán los comentarios oportunos.

La presencia ó falta de *resabios* tiene mucha importancia para sustanciar el diagnóstico de sífilis, y por eso se anotan en lugar preferente en la hoja clínica metódica que recomiendo.

MODELO DE UNA HISTORIA CLÍNICA (CASO I)

NOMBRE: H. B.—FECHA DE LA OBSERVACIÓN: NOVIEMBRE 1886

EXTRACTO DEL CASO.—*Placas prominentes de rupia lupoides en la cara y en los miembros, después de una rupia, aparentemente producidas (ó más bien caracterizadas) por el yoduro de potasio.*

FECHA	DETALLES
1885 26 novbre.	Se observó un chancro en el frenillo. Aplicación de yodoformo.
Diciembre.	El 29 erupción en los brazos, manchitas rojas. Empléase el mercurio. Licor de Wan Swieten.

FECHA	DETALLES
1886	
Enero. . . .	Persiste la erupción, eritematosa y liquenoide.
Febrero. . .	La erupción cambia de carácter, haciéndose rupioide. El paciente sigue tomando mercurio. Chanero curado.
Marzo. . . .	Las sífilides comienzan á desaparecer, pero no sin recidivas.
Abril. . . .	Se prescribe el ioduro de potasio, en vez del mercurio, durante dos semanas, y después adminístrase de nuevo el segundo.
Mayo. . . .	Comienzan á formarse úlceras, algunas redondas y con bordes salientes.
Junio. . . .	Siguen las úlceras. Sólo hay dos en la cara, una en la frente y otra en la nariz.
Julio. . . .	Toma mercurio. La erupción se ulcera aún.
Agosto. . . .	Lo mismo que el anterior.
Setiembre. .	Toma mercurio. Erupción rupioide aún, pero sin espesarse. Comienza á tomar ioduro después de consultar con el doctor T. Sólo hay dos ó tres úlceras rupioides en la cara.
Octubre. . .	Toma ioduro, y el efecto es curarse las úlceras. Va al Hospital de Londres para ver al doctor T.
Noviembre. .	Toma ioduro seis semanas. El doctor W. le aconseja el mercurio. La erupción se extiende mucho.
Diciembre. .	Toma ioduro á alta dosis. La erupción, desarrollando sus caracteres peculiares, cubre la mayor parte de la cara.
1887	
Enero. . . .	Viene á verme el paciente por primera vez. Presenta grandes placas en la cara, muy espesadas en los bordes y deprimidas en el centro. Son de peor carácter en la cara que en el tronco, pero sólo hay dos ó tres en los miembros. Antes eran rupioides.

Observaciones.—En este caso la particularidad fué la notable manera de agravarse las ulceraciones rupioides bajo la influencia del ioduro de potasio. Resultó una gran deformidad de la fisonomía, con mucho quebrantamiento de la salud; y si no se hubiera dejado el ioduro, fácilmente habría ocurrido un desenlace fatal. Las ulceraciones persistieron y hasta aumentaron largo tiempo después de haberse dejado el ioduro.

MODELO DE UNA HISTORIA CLÍNICA (CASO II)

NOMBRE: W. B. FECHA DE LA OBSERVACIÓN: OCTUBRE 1885

EXTRACTO.—*Segundo ataque de sífilis con fagedenismo de los chancros. Las dos veces erupciones rupioides.*

EDAD	FECHAS	DETALLES
22	1878	Chancro del glande (diciembre). No se declaró hasta un mes después del contagio, y se ulceró, corroyendo el frenillo y una gran parte del glande.
23	1879	Iritis y ligera sífilide dos ó tres meses después del chancro. Se usaron las unciones por corto tiempo. En la primera parte del año empleóse una ligera medicación.
24	1880	En la India. Buena salud en cuanto á la sífilis.
25	1881	Lo mismo.
26	1882	Lo mismo.
27	1883	Lo mismo.
28	1884	Salud muy deteriorada por el paludismo. <i>En diciembre contrajo otro chancro no indurado</i> , oculto bajo el prepucio, el cual destruyó al hacerse fagedénico. Sólo se trató con cáusticos.
29	1885	En abril ulceración de la boca y dolor retro-esternal. En mayo erupción simétrica rupioide y lupoides. Mercurio é ioduro de potasio. Se puso á mi cuidado por primera vez.
30	1886	Se trató con ioduros y mercurio al interior, y pomada de iodol. Rápida mejoría. La erupción ha dejado grandes cicatrices.
31	1887	Se conserva bien y no ha necesitado tratamiento hace nueve meses.

Hechos adicionales.—No se demostró que el mercurio fuese desfavorable, pero atacó mucho las encías y dejó flojos los dientes.

Las manchas rupioides del tronco, simétricas y no muy numerosas, eran aún úlceras abiertas cuando yo vi al paciente en octubre de 1885. Entonces tenía el dorso cubierto de acné, cuyas pústulas eran grandes y oscuras. Había padecido esta afección antes de la sífilis.

En las mejillas, y rodeando las orejas, había grandes placas lupoides que dejaban extensas cicatrices, confirmandose la propiedad del nombre de *rupia lupoides*.

Nunca se pondrá suficientemente en guardia el joven práctico contra la excesiva confianza en el diagnóstico de la sífilis.

Si consideramos los síntomas más comunes de la enfermedad (erupciones de la piel, garganta ulcerada, úlceras de la lengua, etc.), podemos decir casi con seguridad que ninguno de ellos presenta tan características particularidades que por sí solas y en oposición al resto de la evidencia clínica justifiquen una opinión positiva. En cuanto á las erupciones, bien sean de color oscuro ó cobrizas, por su polimorfismo, su disposición, su lesión inicial, etc., pueden ser simuladas por erupciones que no tienen carácter específico; de modo que sólo por los antecedentes y los síntomas concomitantes se puede justificar el diagnóstico. Al decir esto no es mi ánimo repetir de nuevo que el diagnóstico de las erupciones sifilíticas es generalmente difícil, sino que hay algunos casos en que se hace imposible. En los más de los casos, los síntomas mejor conocidos bastan para justificar una opinión; pero si aun en tales circunstancias encontramos una evidencia negativa, debemos dar lugar á la duda. La excesiva confianza puede conducir á graves disgustos y al descrédito del médico. Citaré algunos de los desórdenes que, presentándose en relación con causas no específicas, ofrecen, sin embargo, á menudo, una engañosa semejanza con la sífilis.

Las erupciones que en el comentario CXXV he considerado como producidas por la camiseta, tienen á menudo un color de cobre mate, tan análogo al de las sifílides, que nadie, por hábil que sea, podría hacer el diagnóstico sin conocer los antecedentes. Hay una erupción conocida con el nombre de *psoriasis rupoides*, bien descrito por el doctor Anderson, en la cual se forman costras sobre manchas de color rojizo mate, en un todo semejantes á las ocasionadas por sífilis.

Las afecciones descritas por los autores con el nombre de *liquen planus*, presentan la semejanza más engañosa con la sífilis.

En el comentario CLXXV he citado casos de periostitis local en un todo análogos á las exostosis sifilíticas.

En los bordes de la lengua se pueden formar úlceras blancas filamentosas con edema y denticulaciones en un todo parecidas á las de la sífilis. Aunque la esclerosis superficial, con sus leucomas de diversas especies es en la mayoría de casos

consecuencia de la sífilis, hay veces en que no sucede así, sin que por esto puedan distinguirse. Las placas blancas en las mejillas y en las comisuras de los labios, que en otro tiempo fueron reputadas como patognómicas de la sífilis, se reconocen ahora, las más de las veces, como debidas solamente al uso de fumar. Las formas crónicas de psoriasis palmar no son á menudo sifilíticas, aunque lo parezcan singularmente.

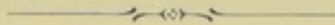
Hay una forma peculiar de ulceración múltiple de las mucosas de los labios, mejillas, paladar y encías que se manifiesta en los adultos y que á primera vista parecerá sifilítica á todos los observadores, aunque seguramente no lo es. Se cura con el opio, y empeora con los ioduros y el mercurio. Para que el diagnóstico sea más difícil aún, se manifiestan á menudo erupciones en las manos y pies y alguna alteración en las uñas.

En las jóvenes de salud delicada, y hasta en las niñas, se pueden formar, en las piernas, úlceras con los bordes escavados y los contornos borrosos, que no se diferenciarían de los gomas ulcerados si no fuese por los datos anamnéticos. Aunque más comunes en las mujeres, semejantes úlceras se ven á veces en los hombres.

Los más de los médicos de larga experiencia se creerán muy capaces de reconocer la *garganta ulcerada* de la sífilis secundaria, con sus úlceras simétricas en las amígdalas, sus erosiones y cicatrices espirales en el istmo, las fauces y el paladar, etc.; mas estoy seguro de que hay gargantas que, no teniendo relación alguna con la sífilis, presentan todos esos caracteres con la mayor exactitud. En estos últimos años he visto dos ó tres ejemplos en que algunos médicos muy juiciosos disintieron, asegurando unos que la garganta era sifilítica y negándolo otros.

Bien sabido es que hay deformaciones de los dientes, así temporales como permanentes, que ofrecen una exacta semejanza con las escavaciones centrales de los incisivos superiores, y que sin embargo no indican sífilis. Yo no he visto nunca una analogía exacta, pero sí de tal naturaleza, á menudo, que dificultaba el diagnóstico sin el auxilio de los síntomas concomitantes.

Hay condiciones de coroiditis de forma serpiginosa y diseminada, ninguna de ellas específica, pero sin caracteres que nos permitan diferenciarlas de las que son propias de la sífilis. No conozco casos de notable simulación de la keratitis intersticial, esto es, afectando ambos ojos, produciendo un marcado empañamiento de tardío curso, y finalmente restableciéndose la primitiva transparencia, que no fueran realmente sifilíticos; pero guiándonos por la regla general de que la sífilis no tiene lesiones ó formas típicas que le sean propias, se puede esperar hallar casos de keratitis difusas y simétricas, no sifilíticas.



CAPITULO XX

Opiniones de los autores sobre el tratamiento de la sífilis por el mercurio

En lo que he escrito hasta aquí acerca del tratamiento de la sífilis, se ha considerado que todos convienen en que deben usar los específicos, y que la cuestión se reduce al modo de emplearlos y á qué dosis. Sin embargo, al objeto de no proceder con demasiada ligereza y confianza en este sentido, bueno será recordar brevemente las opiniones y enseñanzas de la escuela antimercurialista, que tiene ahora muy pocos partidarios. Escocia fué durante largo tiempo su centro principal, y aun goza allí de algún predicamento; pero á excepción de algunos médicos de Edimburgo, apenas podría nombrar un antimercurialista de nota, ni en nuestro país ni fuera. La unanimidad de opiniones en todos los tratados magistrales es muy notable. Mucho se ha progresado en la materia durante el último cuarto de siglo, y no puedo menos de pensar que á ello ha contribuído en gran parte la introducción del método de las dosis cortas muy continuadas. Para expresar imparcialmente las opiniones que aun prevalecían hace muy poco tiempo, reproduciré una página de la excelente obra de medicina publicada por el doctor Aitken (*Ciencia y*

práctica de la medicina), tomándola de la segunda edición de 1863.

«Hay notable divergencia de opiniones en cuanto á los métodos empleados para curar la sífilis. Algún tiempo se discutió mucho sobre el empleo de los medicamentos, alegando unos y otros sus razones; mientras que los hechos aducidos no garantizaban nunca las conclusiones extremadas. En una época se consideró el mercurio como capaz de impedir los síntomas constitucionales; y en otra se le condenó, alegando que comunicaba al virus sífilítico el impulso que provoca la enfermedad constitucional. Ahora es del todo seguro, sin embargo, que cuando se administra el mercurio de continuo hasta producir la salivación, ó poco menos, ejerce una influencia tóxica, dando lugar á efectos constitucionales muy análogos á los que resultan de la sífilis (Graves). El mismo Hunter dice «que del mercurio han resultado nuevas enfermedades,» mientras que no se puede dudar que, en los casos en que ese medicamento se prescribió en abundancia, nunca se tuvo la seguridad de que no sobrevendrían síntomas secundarios. Barensprung, de Berlin, dedujo, al cabo de su larga experiencia, que no sólo se puede curar la sífilis sin mercurio, sino que con su uso la enfermedad se hace á menudo latente por espacio de meses y años, retrasándose su curación. Dicho doctor opina que el mercurio deteriora la constitución del individuo, favoreciendo el desarrollo de afecciones locales destructoras. El tratamiento no mercurial es más lento, pero más seguro: la dieta y el cocimiento de Zitmmam son los medios que emplea; y creo que la proporcion entre el número de casos de sífilis constitucional comparado con los de chancros ha disminuído considerablemente desde que se abandonó el tratamiento mercurial. Herman, obteniendo las mismas conclusiones de su experiencia en los hospitales de sífilíticos en Viena, cree que la medicación no mercurial es mucho más rápida y de mejor resultado, que no ocurren recidivas, y que las erupciones cutáneas son mucho más frecuentes y rigurosas en aquellos que han tomado mercurio. La experiencia de Diday no es tan decisiva: dice que no se puede asegurar por ahora que el mercurio cure la sífilis radicalmente, haciendo imposible su

recidiva; y le atribuye las siguientes desventajas, fundándose en suficientes y positivas evidencias clínicas: (1) tiende á convertir en fagedénico el chancro primitivo, (2) tiende á ocasionar estomatitis y necrosis de las arcadas alveolares, (3) produce una afección aguda de la mucosa gastro-intestinal, y dispepsia, (4) y es origen del temblor de las extremidades, de apoplejía y de locura. Asegura haber visto todos estos resultados, y dice que aun entonces el tratamiento por el mercurio estaba dirigido por los prácticos más competentes y concienzudos.

»En los museos pueden verse muchos ejemplos en los cuales se demuestra que los efectos venenosos del mercurio producen peores lesiones que la sífilis; y cuando se combina con aquel virus son más deplorables aún. En las infecciones sífilíticas extremadas no se debe olvidar jamás que de la sífilis resulta una clorosis específica que degenera en anemia, y que el mercurio producirá una enfermedad semejante; habiéndose citado, además, por los autores, gran número de ejemplos de los efectos venenosos del mercurio, en los cuales se ocasionaron lesiones análogas á las de la sífilis. Las dos especies de tratamiento (mercurial y no mercurial) se han probado en gran escala desde 1816, habiéndose practicado experimentos formales: el primero en 1822, en Suecia, donde por real orden se llevaban á cabo anualmente estadísticas á cargo de los hospitales civiles y militares, comparándose los resultados de ambos métodos; en segundo lugar, el doctor Frieke hizo varios ensayos en el hospital general de Hamburgo, dando á conocer sus resultados en 1828; y en 1833 el Consejo de Sanidad de Francia publicó un informe sobre el asunto.

»De todas esas Memorias resulta que se sometieron á experimentación más de 80,000 casos, en los cuales se demostró que la sífilis se cura en más corto tiempo, y con menos probabilidad de efectos constitucionales, con un tratamiento sencillo que no empleando el mercurio.

»Es muy interesante y grato poder decir que, mucho antes de publicarse ninguno de estos informes, los médicos militares de la Gran Bretaña echaron de ver los estragos ocasionados por los venenos combinados del mercurio y de la sífilis, por lo

cual se atrevieron á declararse contra el sistema de tratamiento mercurial, adoptando el no mercurial. Esta mejora se debe principalmente á Mr. Ferguson, que la practicó durante las guerras peninsulares; á Mr. Rose, y al doctor Juan Thom-son, el ilustre profesor de cirugía militar, el cual con sus lecciones y escritos ejerció grande influencia para convencer á los médicos escoceses de los malos efectos del mercurio en las afecciones venéreas.»

A la luz de la experiencia de hoy día es verdaderamente extraño leer tales cosas y hallar nombres de las más altas autoridades y estadísticas que apoyan opiniones al parecer tan erróneas para nosotros. Pudiera creerse que al fin y al cabo no hacemos otra cosa que tratar nuestros pacientes al capricho, desconfiando del veredicto del pasado.

No puedo creer, sin embargo, ni por un momento, que sea así. La verdad es que el método de administración ha cambiado, y que ya no usamos el medicamento en las grandes dosis perjudiciales de otro tiempo. Las estadísticas del pasado se hicieron para dar á conocer casos que se trataron sólo algunas semanas, provocando un rápido ptialismo. Ahora evitamos todos los síntomas constitucionales de la influencia de la droga. Nos alegra ver que los síntomas se desvanecen, pero seguimos administrando durante muy largos períodos. De esta manera, lejos de perjudicarse la salud general, se suele mejorar; y nada sabemos apenas de enfermedades debidas al mercurio. Es incuestionable que nuestros pacientes se restablecen para siempre en cuanto á los síntomas secundarios; y si el tratamiento comienza muy pronto, por lo regular se impiden éstos. Debe admitirse que el grado de inmunidad obtenido respecto á los síntomas terciarios es una cuestión en que no se ha de investigar más, y creo que podemos emplear con la mayor confianza el método moderno de curar la sífilis con mercurio.

CAPITULO XXI

Diagnóstico entre el cáncer y la sífilis

Hay muchas condiciones en que el diagnóstico entre la sífilis y el cáncer adquiere gran importancia, pudiendo ser de suma dificultad; pero en vez de tratar aquí el asunto detalladamente, refiriéndonos á cada órgano en especial, será mejor hacer algunas observaciones generales.

En primer lugar debe entenderse claramente que, si bien un previo ataque de sífilis no predispone hasta cierto punto al cáncer, tampoco lo impide de ningún modo; y así viene á resultar el hecho de que la falta de antecedentes claramente sífilíticos, lejos de ayudar al diagnóstico, puede ser fácilmente el medio de incurrir en error, á menos de tenerse mucho cuidado. Así el paciente como el médico, una vez sabido esto, deben estar bien dispuestos á creer que la enfermedad existente es tan sólo de naturaleza específica.

Errores de esta especie en lo tocante á las afecciones crónicas de la lengua, cométense diariamente. Faltan del todo datos estadísticos que nos permitan determinar si la alteración que sufren los tejidos por efecto de la infección sífilítica los predispone más que antes á experimentar los modos erráticos de desarrollo que constituyen el cáncer. En el caso de la

lengua, la asociación de ambas enfermedades es tan común que con dificultad se dejaría de creer que la sífilis no ejerce algún grado de influencia predisponente; ni tampoco faltan algunos hechos que pudieran inducir al observador clínico á sospechar que la marcha del cáncer sufre alguna modificación cuando se manifiesta en individuos que han padecido sífilis recientemente.

Los casos á que aludo al consignar esto, son principalmente de cáncer de la lengua, de cáncer de las cicatrices que dejaron las úlceras sifilíticas, y hasta de estas mismas; y, por último, de la afección maligna de diversas vísceras. He conocido á un paciente atacado de cáncer simétrico de los testículos cuando aun no estaba libre de los accidentes secundarios de la sífilis; y en él, así como en otros de la clase á que me refiero, el progreso fué inusitadamente rápido. No obstante, sin aventurarme á decir que semejantes casos no son meras coincidencias, y admitiendo que son raros, debo repetir que el diagnóstico entre cáncer y sífilis, tratándose de un paciente que ha sufrido esta última recientemente cuando se manifiesta el tumor, presenta á menudo gran dificultad. En casi todos los casos en que las apariencias indican cáncer, mientras haya claros antecedentes de sífilis, será deber del médico conceder al paciente lo que se llama *el beneficio de la duda* aplicándole el tratamiento específico. Sin embargo, se ha de tener mucho cuidado, pues de otro modo se podría perder un tiempo precioso al proceder así, sacrificando los intereses del enfermo. Las medidas adoptadas deben ser enérgicas; y á menos de probarse su eficacia muy pronto, el único modo de dar al paciente *el beneficio de la duda* podrá consistir en tratar la afección como cáncer. Al decir esto, entiendo que se hayan agotado todos los demás métodos de diagnóstico, incluso el examen microscópico, y que aun queden dudas. En cuanto á este examen, temo que rara vez sirva de mucho en casos de verdadera dificultad. Por regla general, el veredicto del histólogo es claro y concluyente en casos bien pronunciados; mientras que en los que no reúnen esta condición resulta con frecuencia negativo. Tal es, por lo menos, mi experiencia en casos de cáncer de la lengua, en los cuales más de una vez

he visto que se demoró una operación muy necesaria, con gravísimo perjuicio, solamente porque las apariencias microscópicas no eran bien marcadas. En casos en que se desea aplicar el tratamiento como medio de diagnóstico, lo mejor será, las más de las veces, emplear las unciones mercuriales y dar ioduro de potasio al interior al mismo tiempo. Con este plan cualquier tumor ó úlcera de origen sifilítico debe cambiar de carácter, á los ocho ó diez días, de una manera inequívoca. No debemos contentarnos con una ligera mejoría, porque es bastante común que tales remedios disminuyan el dolor algún tiempo en algún tumor canceroso, ó deterjan su superficie. El paciente estará demasiado ansioso de creerse aliviado; y si el médico no tiene esto en cuenta, podrá incurrir él mismo en error. Repito, pues, que diez días del tratamiento aludido deben bastar para que cualquiera afección del todo sifilítica cobre tal aspecto que sea imposible dudar. Si al fin de este plazo no hay seguridad aún, en nueve casos de cada diez lo mejor será operar.

Al tratar de establecer reglas para el diagnóstico diferencial entre el cáncer y la sífilis, debo insistir de nuevo sobre su extremada dificultad. El médico que se atiene á las reglas, ó que se aventura á confiar en sus facultades de observación en cuanto se refiere á las ligeras diferencias de aspecto entre las úlceras cancerosas y las sifilíticas, incurrirá á menudo en los más graves errores. Los procesos cancerosos pueden ser muy bien simulados por la sífilis.

Por regla general podría decirse que distinguimos entre una úlcera cancerosa y una sifilítica, observando que en la primera el proceso de desarrollo procede al de ulceración, mientras que en la sífilis hay sólo una inflamación crónica, diferencia muy importante. En la sífilis los bordes de una úlcera son susceptibles de indurarse mucho, siendo su base consistente; pero rara vez hay masas proyectándose en la superficie, ni límites bien definidos en la induración, como vemos en el cáncer. Pero aun en esto tenemos excepciones, y de vez en cuando se puede ver una úlcera sifilítica cubierta de prominencias de granulaciones firmes, estructura que se asemeja mucho al epiteloma. He visto en el pene una úlcera de

este carácter, en la cual no tenía la menor confianza, hasta que por el tratamiento indicado comenzó á curarse; y lo mismo podría decir sobre diversos casos de ulceración crónica del labio inferior, asociada con espesamiento y cierta cantidad de neoplasia papilar.

Poseo más de un dibujo en que los caracteres ordinarios de la úlcera corrosiva, su limpia superficie y sus bordes sinuosos, indurados imitaban tan exactamente las úlceras sifilíticas terciarias, que fué necesario apelar al tratamiento para hacer el diagnóstico.

En los casos de sífilis terciaria es principalmente en los que adquiere mucha importancia el diagnóstico en cuestión; pero no faltan del todo las dificultades en casos de chancros primitivos, sobre todo cuando ocupan situaciones erráticas; pero tomar un chancre primitivo por un cáncer es mucha mayor torpeza aún que equivocar éste con la sífilis. No es probable que esto conduzca más que á la excisión de una porción no importante de tejido, ó una demora, siempre de sentir (aunque no es asunto de suma importancia), en la adopción de medidas específicas. Por regla general, la existencia de una afección glandular concomitante, en todos los casos de chancre errático, si la enfermedad se confundiese con un cáncer, constituirá una contraindicación para toda práctica operatoria, librándose así el médico de más graves consecuencias que una demora en el tratamiento. Sin embargo, he conocido más de un caso en el que chancros primitivos indurados fueron excindidos á causa de un error en el diagnóstico. Los chancros erráticos difieren mucho en las condiciones que crean, aunque podrá objetarse, en mi concepto, que nunca se hacen verrugosos, y que, comparados en tal concepto con el cáncer, presentan casi siempre una superficie limpia y poca secreción, si bien hay casos en que el más atento examen de estos puntos no nos ayudará.

Hay ejemplos de tumores verrugosos del pene, acompañados de ulceración del prepucio, en los cuales se simulan de una manera notable los caracteres del epitelioma; y en ellos tenemos las condiciones de que se acaba de hablar, y en los que se suele hacer el diagnóstico de cáncer, siendo neoplasias aso-

ciadas con ulceración. Ricord ha presentado ilustraciones de esta condición en las láminas 48 y 49 de su excelente Atlas. El diagnóstico se facilitará por una cuidadosa observación de los tumores verrugosos, pudiéndose ver que se asemejan á las verrugas comunes por todos sus caracteres, y sobre todo por su notable abundancia. Igualmente veremos que el crecimiento verrugoso y las ulceraciones no son continuos en el mismo órgano. Las verrugas se desarrollan en el glande, mientras que la ulceración interesa el prepucio; debiéndose, sin duda, á inflamación ocasionada por secreciones acres.

No he dado mucha importancia, para los fines diagnósticos entre la sífilis y el cáncer, á la presencia ó falta de complicación de las glándulas linfáticas. Nada puede ser más ilusorio que enseñar que el abultamiento de dichas glándulas es uno de los caracteres por los cuales se puede distinguir el cáncer de otras afecciones locales. Si esperamos hasta que la enfermedad de las glándulas nos aclare el diagnóstico, daremos lugar, en diez y nueve casos por cada veinte, á que la afección no se pueda dominar con el tratamiento; pero es indudable que, en todo caso sometido á la observación, tarde y con engrosamiento de las glándulas, podemos considerar el hecho como una importante evidencia en apoyo del diagnóstico de cáncer, pues ni en las lesiones sífilíticas secundarias ni en las terciarias es nada común que haya complicaciones de los linfáticos.

Lo que se ha dicho antes se refería principalmente al diagnóstico de las úlceras abiertas. Es necesario advertir también que algunas veces se presentan dificultades por engrosamiento de los testículos ó de los huesos, ó por gomas de los músculos ó del tejido celular; y en todos estos casos ofrécese á veces gran dificultad. Muchos huesos se han resecado por haberse hecho el diagnóstico de sarcoma cuando la afección era únicamente sífilis. La semejanza de las neoplasias gummatosas desarrolladas en los músculos es también á menudo sumamente perfecta, y ha conducido á muchos errores. En un caso muy notable que se presentó hará unos veinte años en uno de nuestros hospitales, se practicó la resección de la escápula á consecuencia de un tumor que, reconocido después con el micros-

copio, resultó ser solamente una infiltración gummataosa en el músculo supraespinoso. El paciente se restableció, y poco después el desarrollo de una exostosis en una clavícula, que cedió al ioduro de potasio, confirmó el diagnóstico del histólogo. A veces hállanse gomas en el masetero y en los músculos temporales, ó en cualquiera del cuerpo, y, por su lento crecimiento y falta de toda inflamación, se pueden tomar fácilmente por tumores; pero suelen reblandecerse muy pronto con el tratamiento específico.

Hablando en general, no es nada difícil hacer el diagnóstico entre el sarcocoele sífilítico y la afección maligna del testículo: en esta última el desarrollo es rápido, progresando de continuo, al paso que aumenta en dimensiones; y casi siempre obsérvase en algunas partes del mismo una pseudo-fluctuación. Además de los citados síntomas podemos añadir que el escroto se hace pronto adherente, presentando un color oscuro con dilatación de las venas superficiales; y, por último, que el cordón espermático mismo se espesa. En todas estas fases los tumores malignos del teste difieren de las condiciones acostumbradas de la afección sífilítica: en esta última el engrosamiento suele ser liso, sin abolladuras, consistente en todas partes, y no propenso á adherirse al escroto ni con tendencias á pasar de un volumen moderado.

Es mucho más común encontrar ambos testículos afectados á la vez en la sífilis que en el cáncer; mientras que el cordón espermático queda casi invariablemente indemne.

Enojoso fuera, y probablemente poco útil, tratar de establecer aquí reglas de diagnóstico respecto á los infartos de otras vísceras: el hígado, el bazo, etc. Bastará insistir en que el médico no debe olvidar nunca cuán íntima puede ser la semejanza, y que en los casos de sospecharse una neoplasia en los que han padecido sífilis, será prudente probar los específicos.

CAPITULO XXII

Sobre las afecciones sífilíticas de la boca, de la lengua y de la laringe

Aunque en varias partes de esta obra he hecho mención incidentalmente de las afecciones de la boca y de la garganta manifestadas en la sífilis, paréceme oportuno dedicarles aquí de nuevo algunas breves consideraciones. Entre los primeros y más comunes síntomas secundarios, se cuentan las úlceras de la garganta; y la parte afectada es casi invariablemente la base de la lengua.

Las úlceras simétricas en forma de riñón, que vemos en esos órganos, fueron descritas por Hunter. Sin duda son muy pocos los pacientes que escapan de ellas cuando padecen sífilis; pero en muchos casos no son dolorosas, y en no pocos casos son muy transitorias. Más de cuatro veces me aseguró algún paciente que no tenía la garganta ulcerada, pero al examinarla encontré marcadas señales, y aun más á menudo se me dijo que había ulceración en dicha parte y no pude reconocer señales de ella; pero adviértase que sólo en el primer período de la sífilis se observa esta desaparición espontánea, á la cual sigue muy á menudo, como paralelo de lo que se ha notado en las erupciones de la piel, una forma mucho más grave de

amigdalitis. En estos casos la inflamación se extiende desde la base de la lengua á los pilares de las fauces, llegando á la base de la úvula. Así se producen considerables erosiones superficiales, cuyos bordes tienen un color rojo vivo, hallándose las superficies cubiertas de una secreción gris amarillenta que rara vez se hace marcadamente pelicular y sangra si se rasca ligeramente. Por estos caracteres se pueden distinguir fácilmente estos síntomas de los de ciertos casos raros de faringitis pelicular crónica ó difterítica, muy semejantes á la sífilis, mas no debidos á ella. En esta última afección se puede levantar una película gruesa y coherente sin que sangre.

La forma de faringitis sifilítica aguda que he descrito, va acompañada de dolor considerable con tumefacción. A menudo coincide con un fuerte ataque de sífilis, como lo denota una sífilide abundante que hasta cierto punto resiste al tratamiento, y que me parece se ve con frecuencia en los pacientes á quienes se administró demasiado mercurio al principio. El tratamiento es difícil, porque ese medicamento agrava el mal muchas veces, por lo cual se debe usar con gran prudencia.

Juntamente con la faringitis se ven á menudo erosiones de bordes inflamados y secreción glutinosa en la superficie, en las cavidades de las mejillas, y en el epitelio y las comisuras de los labios. En las primeras se presentan especialmente detrás y alrededor del último molar. En la lengua se observan con frecuencia también placas análogas más ó menos simétricamente dispuestas, y en algunos pacientes la mucosa de la boca padece mucho, mientras que la piel queda casi intacta; pero en un considerable número la gravedad de la afección se manifiesta por extensas lesiones en ambos órganos. Cuando se ven grandes úlceras en la boca después de emplearse el tratamiento mercurial durante cierto tiempo, tal vez sea conveniente en la práctica administrar el ioduro de potasio en su lugar; pero el médico debe estar preparado para volver después el específico más fuerte. La aplicación local de las soluciones de ácido crómico ó nitrato de plata son á menudo muy útiles. Como consecuencia de la inflamación de la garganta debe esperarse un ligero abultamiento de los linfáticos en la región posterior del cuello; mas, aunque persista largo tiempo,

nunca progresa en alto grado. La falta de cualquiera afección glandular rigurosa en relación con lesiones del tipo secundario, es uno de los caracteres que contrastan más marcadamente con los del período primario.

No es necesario decir mucho sobre los chancros primitivos en la boca: pueden originarse en los labios, en la lengua y en las mejillas, y siempre se distinguen de las úlceras secundarias por la circunstancia de que son únicos y van acompañados de mucha tumefacción de las glándulas linfáticas del mismo lado. Generalmente, pero no siempre, presentan caracteres particulares por lo que hace á la induración. En la lámina IV de esta obra se ha representado un chancre primitivo de la lengua, siendo muy característicos sus bordes elevados y su forma circular.

Durante el período secundario no tiene nada de particular ver formarse papilomas en la superficie de la lengua, y más de una vez he hablado de ellos considerándolos como buenos ejemplos de que la sífilis puede producir neoplasias de las estructuras normales, del mismo modo que una inflamación ordinaria. Casi siempre se limitan al dorso y parte posterior del órgano.

Esto se explica, sin duda, por el hecho de que esta es la región más libre de presión cuando la lengua descansa en la boca.

Rara vez padece la laringe durante el período secundario de la sífilis; pero cuando así sucede, sus lesiones serán del mismo tipo que las de los de la boca, y cederán al mismo tratamiento.

Después de haber pasado el ataque más ó menos riguroso de faringitis y estomatitis que ocurren en el período secundario, nunca vuelve en la misma forma; pero nada es más común que las ligeras recidivas, en cuyo caso la lengua es particularmente apta á sufrir la afección. Se ha observado una marcada diferencia en la propensión de ambos sexos, siendo mucho más común en los hombres que en las mujeres sufrir persistentes recidivas en la ulceración de la lengua y la garganta. Esta diferencia se debe seguramente á la costumbre de fumar, pues el humo caliente del tabaco ejerce una in-

fluencia muy marcada para localizar y excitar los procesos morbosos. En muchos casos es imposible curar la boca mientras el paciente continúe fumando. Otras influencias locales intervienen también, como por ejemplo los dientes rotos y los mal adaptados. Los pacientes aquejados de estomatitis repetida deben guardarse de hacer uso de bebidas que contengan ácido carbónico, absteniéndose también del queso, azúcar, frutas y todos los artículos que irritan la boca.

Las afecciones de la lengua que observamos después del período secundario presentan mucha variedad en sus formas. En algunos casos excepcionales la lengua no se restablece nunca del todo, conservándose tumefacta y deformada, con profundas fisuras, placas y erosiones. Yo creo que estas condiciones se producen á menudo por una salivación prematura demasiado abundante; pero al mismo tiempo debe admitirse que á menudo se curan sólo con el continuo uso del mercurio. En la lámina quinta se representa una lengua en el estado de inflamación hipertrófica crónica. A intervalos, desde dos á seis ó diez años después de sufrir la sífilis, obsérvase una afección mucho más común, de la naturaleza de la esclerosis superficial, de la que están casi libres las mujeres y los hombres que no fuman. Consiste en la formación de placas mal definidas á cada lado del dorso del órgano, que se alisan y toman un color blanco plateado. Si se persiste en la costumbre de fumar, esas manchas se induran poco á poco y se espesan hasta presentar capas densas, blancas y como apergaminadas, á lo cual se da el nombre de *ictiosis de la lengua*. El estado que primero he descrito no se debe considerar en ningún período como del todo sifilítico, y todas sus condiciones se pueden manifestar perfectamente en aquellos que no padecieron nunca la afección. Es en realidad «la lengua del fumador.» Sin embargo, no creo pueda dudarse que los que han sufrido una glositis específica estén más propensos que otros. Cuando la condición ha progresado hasta convertirse en esclerosis, es demasiado tarde para esperar beneficio alguno del uso interno de los específicos. Al paso que la tumefacción difusa de la lengua es consecuencia muy común de la sífilis, son raras las que se pueden clasificar como verdaderos gomas; pero algu-

nas veces vemos formarse una tumefacción bien marcada de la sustancia muscular del órgano, que es de esa especie. En otras ocasiones, y á causa de su induración, es posible que los gomas simulen tumores malignos, aunque siempre ceden muy pronto al ioduro de potasio, determinándose así fácilmente el diagnóstico. Las lesiones sifilíticas de la lengua, y especialmente la esclerosis, son muy propensas, en todos los períodos, á tomar un carácter canceroso. Nunca se repetirá esto demasiado; pero como ya traté detalladamente del asunto en otro capítulo, no es necesario repetir aquí lo que antes dije.

En el período terciario de la sífilis, y, á decir verdad, en cualquiera después del secundario, pueden ocurrir inflamaciones fagedénicas agudas en relación con la boca. Son muy comunes en el paladar blando, el cual destruyen con no poca frecuencia; pero pueden invadir también la faringe, la lengua y la laringe, y se ven así en la sífilis hereditaria como en la adquirida, aunque son más comunes en esta última.

La rápida destrucción de las partes, la tumefacción é inflamación agudas, pueden indicar con bastante claridad la naturaleza de la afección. Es necesario apelar al más enérgico tratamiento, empleándose de continuo el ioduro de potasio, y cauterizando los bordes de la úlcera con nitrato ácido de mercurio. Por regla general, cuando la curación ha sido perfecta no se debe temer una recidiva. La destrucción de la epiglotis, la esclerosis de la laringe, y de vez en cuando la oclusión casi completa de la faringe, con adherencias posteriores del velo del paladar, son algunas de las lamentables consecuencias de esos ataques. No es raro que exijan la operación de la traqueotomía y el uso permanente de la cánula.

Falta consignar que las afecciones herpéticas de la garganta y de la boca relacionadas con la sífilis no escasean tampoco, y á veces son muy molestas á causa de su tendencia á repetirse á muy cortos intervalos, con lo cual inquietan al paciente haciéndole creer que no está curado. Se pueden distinguir de las otras formas de úlceras sifilíticas por la circunstancia de que nunca son simétricas y suelen circunscribirse á un lado del paladar ó de la faringe. Aunque siempre hay tendencia á la curación espontánea, las úlceras herpéti-

cas del paladar después de la sífilis son propensas á persistir mucho más tiempo que el herpes que se presenta en otras partes. Es dudoso que el uso de los específicos contribuya mucho á impedir la propensión al herpes de esta especie; pero de todos modos siempre debe administrarse el arsénico en combinación con ellos.

FIN

TABLA DE MATERIAS

CAPÍTULOS	PÁGINAS
Prólogo.	7
PARTE PRIMERA.—OBSERVACIONES GENERALES	
I.—Primeros síntomas, etc.	11
II.—Primer período de la infección constitucional (síntomas secundarios).	22
III.—Síntomas intermedios.	40
IV.—Síntomas terciarios	45
V.—Tratamiento de la sífilis en general.	52
VI.—Sífilis congénita y leyes de la herencia.	69
PARTE SEGUNDA.—COMENTARIOS CLÍNICOS Y CASOS ILUSTRATIVOS	
Nota preliminar	93
I.—Comentarios sobre puntos referentes al contagio primario.	95
II.—Casos y comentarios respecto á hechos de la sífilis secundaria.	133
III.—Comentarios sobre las diversas formas de fagedenismo y sobre las relaciones entre el fagedenismo sífilítico y la gangrena hospitalaria.	147
IV.—Sobre la rupia y otras erupciones ulcerosas.	161
V.—Comentarios sobre varias enfermedades del sistema nervioso relacionadas con la sífilis.	174
VI.—Comentarios sobre las enfermedades de los ojos y de los oídos en relación con la sífilis (bien sea adquirida ó hereditaria)..	214

CAPÍTULOS	PÁGINAS
VII.—Comentarios sobre las enfermedades sifilíticas de las vísceras.	234
VIII.—De las recidivas de las sífilides y de algunas erupciones que las simulan.	260
IX.—Comentarios y casos que ilustran el tratamiento y el pronóstico.	276
X.—Sobre casos que dan á conocer las dificultades especiales en el diagnóstico.	316
XI.—Casos y comentarios relativos á la trasmisión hereditaria de la sífilis.	353
XII.—Sobre el reconocimiento de la mácula hereditaria. . . .	403
XIII.—Comentarios sobre ciertas afecciones de la piel, garganta, huesos, etc., en relación con la sífilis hereditaria. . .	412
XIV.—Comentarios sobre varios casos.	427
XV.—Sobre las infecciones sifilíticas repetidas.	437
XVI.—Sobre los chancros satélites.	450
XVII.—Imitación de otras enfermedades por la sífilis.	454
XVIII.—Sobre la sífilis en su relación con el matrimonio. . . .	460
XIX.—Sobre el modo de investigación de los casos sifilíticos y de anotar su historia.	465
XX.—Opiniones de los autores sobre el tratamiento de la sífilis por el mercurio.	473
XXI.—Diagnóstico entre el cáncer y la sífilis.	477

INDICE

Accesorios (chaneros).	98	Bazo en la sífilis hereditaria.	244
Albuminuria (ataque transitorio de).	44	Bell (parálisis de).	207
Alopecia.. . . .	37	Boca (afecciones de la, en la sífilis).	35
Afasia (después de la sífilis).	191	Bubones.	14
Amaurosis.	204	Café (manchas color de).	336
Amígdalas (afecciones de las, afectadas en el período secundario).	35	Cáncer y sífilis.	478
Amiloidea (enfermedad).	49	Cefalalgias después de la sífilis.	187
Analgesia sífilítica.	44	(diagnóstico de las).	324
Anemia, en el período secundario.	44	Ceguera por sífilis hereditaria.	720
Aorta (enfermedades de la, en la sífilis).	243	Cicatrices subcutáneas.	252
Apoplegia en el curso del período secundario.	432	Circuncisión (chaneros por).	114
Aquisgrán (tratamiento de la sífilis en).	281	(sífilis comunicada en el rito de la).	429
Arterias (afecciones de las). 43, 188 y 741		Colles (ley de).	76 y 92
(curación de las, á menudo permanente)	43	(aparente excepción de la ley de).	117
(lesiones precoces, en la sífilis).	243	Condilomas.	25 y 136
(enfermedades de las, en la plá madre).	251	Contagio.	108
(enfermedades sífilíticas de las).	251	no probable en la sífilis terciaria	27
(trombosis de las, á causa de hemiplegia).	43	de la sangre: su duración.	57
(enfermedades de las, por sífilis congénita.	376	período del mismo: su duración.	23
Argyll-Robertson (pupila de, en la oftalmoplegia).	190	vehicular.	23
Articulaciones (deformación de las, en la sífilis congénita).	412	Copaiba (erupción de la, simulada por la sífilis).	31
(supuración de las).	424	Corazón (sífilis del).	249
Ataxia (casos de). 194 y 195		(enfermedades del, en la sífilis).	242
(causas de).	198	Corimbo (erupciones sífilíticas en).	28
(en asociación con la sífilis).	194	Coroides (gomas de la)..	273
(pronóstico de la, locomotriz)..	432	Coroiditis como prueba de la sífilis.	208
Baños de calomelanos.	62	(diferentes formas de)..	225
		diseminada.	223
		en el período intermedio.	42
		que puede manifestarse en el período secundario.. . . .	33
		(tratamiento de la).	35
		Coroide-retinitis (lenta marcha de la).	137

Curación (casos sobre, permanente).	301	Erupciones sifilíticas: regiones afectadas	
Chancros blandos: nunca son erráticos.	101	de ordinario.	29
" " con frecuencia infec-		" que simulan sífilides.	260
tantes.	15	" después de los baños.	296
" " que con frecuencia pre-		Eritema anular.	35
ceden á la induración.	16	" descamativo.	268
" apergaminados, con collar.	97	Esclerosis.	26
" (tratamiento de los).	17	" de los huesos.	422
" primarios en la boca.	485	" y cáncer de la lengua.	486
" de comadrón.	100	Escrófula: discútese su relación con la sí-	
" (larga persistencia de).	122	filis.	381
" (cauterización de los).	100	Específicos.	51
" no observados.	118 y 128	Estenosis de las vías aéreas por sífilis.	239
" frecuentemente insignificantes.	130	Estiomena.	247
" recidivantes.	99, 271, 299, 373 y 349	Estómago (afecciones sifilíticas del).	247
" (estadísticas de).	127	Estomatitis como causa de mala confor-	
" en un niño.	116	mación de los dientes.	87
" (tratamiento abortivo de los).	100	Excisión de los chancros.	17
" (situación ordinaria de los).	97	" por el método de Auspitz.	101
" erráticos.	101	Exostosis: ¿son siempre estrumosas?	401
" en regiones extraordinarias.	102	" en el período secundario.	139
" (período de incubación de los).	104	" supurativas con necrosis.	79
" induración: sus caracteres.	26	" sin evidencia de sífilis.	342
" infectantes, á veces múltiples.	98	Facial (nervio, rareza de su enfermedad).	207
" infectantes.	13	Fagedénicas (úlceras de los dedos).	126
" no infectantes.	14	Fagedenismo.	147 y 153
Dactilitis sifilítica.	426	" siguiendo á una segunda in-	
Dedos (chancros en los).	100	fección.	443
" (úlceras de los, simulando chancros)	126	" por sífilis adquirida en los	
Demencia consiguiente á la sífilis.	185	individuos afectos de la	
" juvenil por mácula congénita.	210	mácula sifilítica.	368
Desarrollo (detención del, intelectual por		" de hospital, simulado por la	
sífilis congénita).	209	sífilis.	19
Diagnóstico por medio del tratamiento.	306	" en relación con los chancros.	19
" (casos para ilustrar las difi-		" " con otros perio-	
cultades del).	321 y 339	dos.	20
" (errones en el).	341	" (síntomas secundarios des-	
" (importancia del).	381	pués del).	152
" de la sífilis infantil.	81	" (tratamiento del).	20 y 66
" (dificultades especiales del).	316	Falacias tocante á la induración.	117
Dientes afectados por el uso del mercurio		" en las estadísticas de los chancros.	127
en la infancia.	88	Faringitis.	484
" como medio de diagnóstico.	403	Febрил (movimiento, en el período secun-	
" (exfoliación de los, en la sífilis con-		dario).	38
génita).	414	Feto (muerte del, en la sífilis).	390
" en los sifilíticos congénitos.	88	Fisonomía en la sífilis congénita.	85
" (deformaciones de los).	415	Fumigaciones (tratamiento por).	62
" mercuriales.	318	Garganta (fagedenismo de la, por sífilis	
" frecuentemente falaces como me-		congénita).	415
dio de diagnóstico.	394	Glositis.	486
Dispepsia en la sífilis.	247	Gloso-faríngeo (parálisis del).	207
Dosis (importancia de las).	306	Gomas de la coroides.	42
Epilepsia en los niños.	200	" de los músculos.	48
" jacksoniana.	376	" más frecuentes en el período ter-	
Erupciones eritematosas largo tiempo		ciario.	42
después de la sífilis.	330	" de los testículos.	48
" del período secundario.	28	" (forma inusitada de los).	320

Gomas (liquefacción de los).	326	Intestinos delgados (afecciones de los).	244
" del prepucio.	124	Intrauterina (sífilis).	81
" (tamaño de los, en relación con el período de la sífilis).	259	Ioduro de potasio (intoxicación por el).	288
" (supuración de los).	247	" sus dosis.	54 y 63
Hemorragia en el fagedenismo.	151	" su absorción en las mamas.	54
Hemiplegia por sífilis congénita.	201	" combinación de los tres.	63
" en los niños.	200	" (coriza por el).	63
" sifilitica (restablecimiento después de la).	209	" (erupciones causadas por el).	63
Herencia de la sífilis (leyes de la).	68	" (uso y abuso del).	285
" de concepción.	69	Iodoformo: su empleo en las supuraciones sifiliticas.	18
" de ambos padres.	357	" (propiedades del).	282
" " ó de uno solo.	70	Iodol.	283
" espermática ó germinal.	69	Iritis en la sífilis congénita.	228
" (mácula por, medios de reconocerla).	403	" en la sífilis.	34
" (mácula por, con ausencia de síntomas).	410	" (diagnóstico de la, artrítica).	34
Herpes en su relación con la sífilis.	16	" (tratamiento de la).	34
" puede facilitar la inoculación de la sífilis.	17	Keloides (cicatrices, de rupia).	164
" su tratamiento por el iodoformo.	282	Keratitis (caso de, sifilitica).	355
Hígado (enfermedad del, en el período secundario).	140	" relacionada con la sífilis adquirida.	277
" (enfermedad sifilitica del).	234	" intersticial.	79
" (infarto temporal del).	44	" sifilitica.	79
Hipertrofias verdaderas como consecuencia de la sífilis.	25	" rara en la sífilis adquirida.	33
" sifilitica del hígado.	234	" (segundos ataques de).	221
Hipodérmicas (inyecciones, de mercurio).	63	" comunmente el último de los síntomas de la sífilis congénita.	302
Huesos (enfermedades de los, en el período secundario).	37	Labio (chanero del).	140
" (larga persistencia de id.).	313	Laringe (afecciones de la).	487
" (elongación de los, por inflamación sifilitica).	84	Latente (períodos).	45
" (enfermedades de los, por sífilis hereditaria).	83 y 380	" (" en la sífilis hereditaria).	79
" (diversas enfermedades de los, en la misma).	375	" (sífilis).	257, 308 y 449
Ictericia en la sífilis.	294	Lengua (afecciones de la, en el período secundario).	35
Idiosincrasia (efectos de la, en la sífilis).	33	" (leucomas en la).	36
" respecto á los ioduros.	54	" sifilitica, agravada por el fumar.	35
Idiotismo por sífilis congénita.	211	" (papilomas de la).	35
Imitaciones de otras enfermedades por la sífilis.	29, 51 y 325	Liquen plano (caso parecido á un).	339
Incubación (período de).	109	" ruber y plano, frecuentemente mezclados en la sífilis.	30
" (hechos que ilustran el período de).	104	" sifilitico.	30
" (período de, en la vacunación).	106	Lupus (erupciones de, subsiguientes á la rupia).	164
Induración de los chancros (hechos relativos á la).	99	" del pene.	335
" su desaparición espontánea.	99	" afectando la garganta.	316 y 317
" falsa.	117	" y escrófula no debidos á la sífilis.	91
" (producción de una, artificial).	118	" eritematoso irritado por la sífilis.	325 y 326
Inmersión (tratamiento del fagedenismo por la).	147	" en conexión con la sífilis.	381
		" de la garganta.	383
		" en sus imitaciones sifiliticas.	171
		" fagedénico.	66
		" sifilitico.	417
		" curación por el tratamiento local.	284
		" (tratamiento del).	66
		Matrimonio después de la sífilis.	461

Matrimonio (tratamiento de los pacientes en perspectiva de).	67	Oídos (enfermedades de los, en la sífilis).	197
Materna (herencia).	72	" afectados con frecuencia en el período secundario.	37
Menière (enfermedad de, simulada en la sífilis).	164	Ojos (enfermedades de los, en el período secundario).	33
Meningitis en el período secundario.	189	" (enfermedades de los, en la sífilis).	434
Mercurio como antidoto.	291	Optica (atrofia de la papila, por sífilis hereditaria).	209
" como preventivo del período secundario.	294	Opticos (atrofia blanca de los nervios, con ataxia).	204
" en general mejora la salud.	60	Optica (neuritis).	179
" en la anemia.	44	Osteítis deformante en relación con la sífilis hereditaria.	79 y 424
" á pequeñas dosis es un tónico.	58	Osteóscopos (dolores, en el período secundario).	97
" en el tratamiento de las úlceras de la boca.	57	(")	133
" (resistencia al).	311	Paladar (destrucción del).	316 y 418
" su influencia en la sangre.	304	" (" extensiva del).	419
" (uso local del).	60	" en la sífilis congénita.	414
" no evita las recidivas.	293	" (ulceración del).	319
" método de las dosis cortas.	56 y 61	Palmas de las manos: su descamación en la sífilis congénita.	84
" (susceptibilidad para el).	312	" sus afecciones en la sífilis.	41
" diversos métodos de emplearlo.	55	Papilares (tumores, resultado de la sífilis).	25
Método de investigación en los casos sífilíticos.	467	" (tumores, en la sífilis).	175
Madre (herencia por la).	328	Papulosas (sífilides).	28
Mucosas (enfermedades de las, en la sífilis).	95	" (erupciones, debidas á la ropa interior).	274
" (afecciones terciarias de las).	247	Parálisis facial.	207
" (placas).	25 y 34	" espinal.	184
Mielitis en el período secundario.	143	" general de los alienados.	196
Muerte consiguiente á la sífilis.	188	Paraplegia.	181 y 296
" de fetos: estadística.	389	" (caso de).	177
Nalga (chancre en la).	102 y 118	" (curación de, permanente).	177 y 179
Nariz (fagedenismo de la).	151 y 171	" en el período secundario.	182
Nerviosas (enfermedades, por sífilis congénita.)	200	" parcial.	175
Nervioso (sistema, afectado en la sífilis congénita).	362	" súbita en el período secundario.	143
" (afecciones del sistema, en el período secundario).	44 y 174	Paterna (herencia).	72
" (afecciones del sistema, en la sífilis congénita).	80	Pémfigo infantil.	81
" (sistema, raramente afectado por mácula hereditaria).	376	" de los niños sífilíticos.	390
" (enfermedad, caso por sífilis hereditaria).	203	Periodo (distinciones de).	308
Neuritis fusiforme por sífilis hereditaria.	203	" intermedio.	40
" óptica: un ejemplo.	178	" primario.	11
Neuro-retinitis post-sifilítica.	214	" secundario.	22
" por sífilis.	196	" influencia del mercurio en confundirse sus distinciones.	47
" en el período secundario.	139	" sus divisiones justificadas.	47
Oftálmico (ganglio, probablemente lesionado en la oftalmoplegia).	191	" su división, á veces arbitraria.	46
Oftalmoplegia externa.	190	Periostitis en un período precoz.	178
" por sífilis hereditaria.	199	" en la infancia.	417
" (caso importante de).	431	" en la sífilis congénita.	80 y 85
" interna.	190	" en el período secundario.	37
		" múltiple en la sífilis congénita.	84
		" no sífilítica.	342
		" (tratamiento de la).	66
		Periflebitis.	252, 299 y 344

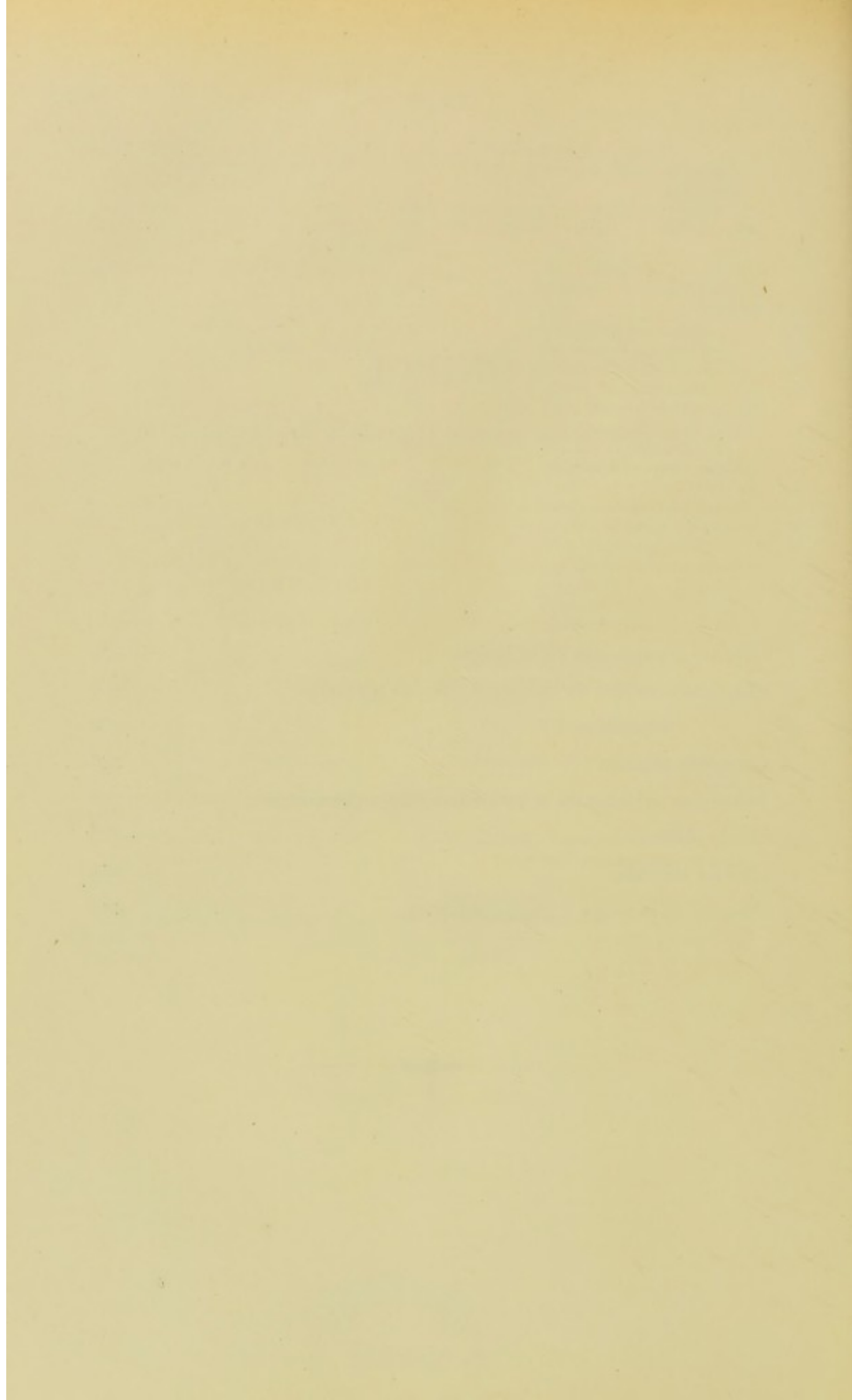
INDICE

PARA LA COLOCACIÓN DE LAS LÁMINAS Y SUS EXPLICACIONES



Chancro y papilomas de la lengua.	35
Chancros erráticos de los dedos y de los párpados.	101
» vaccinales.	108
Coroiditis sifilítica.	226
Diferentes períodos de la keratitis sifilítica (hereditaria).	354
Onixis sifilítico.	390
Dientes sifilíticos.	403
Chancro de la nalga y glositis sifilítica.	485





OBRAS PREPARADAS PARA SALIR Á LUZ SIN INTERRUPCIÓN

MANUALES CLÍNICOS

Enfermedades de las mamas, por Tomás Bryant, del hospital de Guy.

Enfermedades de las articulaciones, por Howard Marsh, de los hospitales de San Bartolomé y de los Niños.

Enfermedades del recto y del ano, por Carlos B. Ball, del hospital de sir P. Dun (Dublin).

Cirugía oftálmica, por Brudenell Carter y A. Frost, del hospital de San Jorge.

Fracturas y luxaciones, por T. Pickerins, del hospital de San Jorge.

Enfermedades quirúrgicas de los riñones, por Enrique Morris, del hospital de Middlesex.

La locura y las neurosis, por Jorge Savage, del manicomio de Belén y el hospital de Guy.

Obstrucción intestinal, por Federico Treves, del hospital de Londres.

Enfermedades de la lengua, por H. Butlin, del hospital de San Bartolomé.

Enfermedades quirúrgicas de los niños, por Edmundo Owen, de los hospitales de niños y de Santa María.

El pulso, por W. Broadbent, del hospital de Santa María.
Etc., etc.

MANUALES DE CIENCIAS MÉDICAS

Elementos de histología, por S. Klein, del hospital de San Bartolomé.

Patología quirúrgica, por A. Pepper, del hospital de Santa María.

Anatomía quirúrgica, por Federico Treves.

Química clínica, por Carlos H. Ralfe, del hospital de Londres.

Materia médica y terapéutica, por J. Mitchell Bruce, catedrático de la escuela de Charing Cross.

Física fisiológica, por J. Mc. Gregor-Robertson, de la Universidad de Glasgow.

Manual del disector, por W. Bruce Clarke y C. B. Lockwood, preparadores de anatomía en la escuela de medicina del hospital de San Bartolomé.

Diagnóstico quirúrgico, por A. Pearce-Gould, del hospital de Middlesex.

Anatomía y fisiología comparadas, por J. Jeffres Bell, del Colegio del Rey.

Manual de cirugía, bajo la dirección de Federico Treves.

Medicina legal, por A. Pepper, catedrático de la Universidad de Londres.

Etc., etc.

LOS DIFERENTES PERÍODOS DE LA KERATITIS SIFILÍTICA (CONGÉNITA)

Fig. 1.—Córnea empañada en su totalidad, y franja vascular ó *inyección salmón*, desde el borde superior al inferior. Intensa congestión esclerósica, con ausencia de congestión conjuntival.

Fig. 2.—Estado semejante al anterior, con la diferencia de que el empañamiento córneo es más marcado y la inyección vascular menos pronunciada.

Fig. 3.—Rara condición en que las placas vasculares ocupan toda la córnea, dejando alrededor un color de ciruela uniforme. En el centro se ve una placa elíptica de infiltración gris. Obsérvese la notable particularidad (común en esta afección) de no aparecer materialmente congestionadas ni la esclerótica ni la conjuntiva.

Fig. 4.—Córnea izquierda, permanentemente opaca, siendo esta opacidad intersticial y no como la que se ve en el leucoma común. Los dos ojos padecían de igual manera. El resultado es afortunadamente muy excepcional.

NOTA: Las figuras 1 y 2 están tomadas del tratado de Mr. Froriep, *De Corneitide Scrofulosa* (1830), en cuya época no se conocía la relación entre la keratitis y la sífilis.

LOS INFERENTES PERÍODOS DE LA KERATITIS SIFILÍTICA (CORONITA)

Fig. 1.—Córnea empañada en su totalidad y fístula vascular o hiperemia subconjuntival desde el borde superior al inferior. Intensa congestión conjuntival con aumento de congestión conjuntival.

Fig. 2.—Estado semejante al anterior con la diferencia de que el suppurado crónico se está curando y la hiperemia vascular menos pronunciada.

Fig. 3.—Hacia condiciones en que las placas vasculares ocupan toda la córnea, dejando alrededor un color de cinta amarilla. En el centro se ve una placa elíptica de infiltración gris. Obsérvese la notable pérdida de la transparencia de la córnea en esta sección, de los aparos y materialmente con- gestionadas en la esclerótica en la conjuntiva.

Fig. 4.—Córnea leopardeada, permanentemente opaca, siendo esta opaci- dad intersticial y no como la que se ve en el leucoma común. Los dos ojos padecían de igual manera. El resultado es absolutamente tan- to excepcional.

Nota: Las figuras 1 y 2 están tomadas del tratado de Mr. Frosch. De- claración de la enfermedad (1897) en cuya época no se conocía la relación entre la keratitis y la sífilis.

CHANCROS ERRÁTICOS DE LOS DEDOS Y DE LOS PÁRPADOS

- Fig. 1.—El extremo del dedo está grandemente enroscado por un chancre chancrelento. El dedo de la mano. La infección era muy notable en la zona de la punta del dedo.
- Fig. 2.—Chancre chancrelento en el párpado del dedo de la mano.
- Fig. 3 y 4.—Foto de un tocador en el intervalo de una semana. En el párpado superior se ve un chancrelento por una infección chancrelenta que estaba principalmente el borde superior. En un caso ejemplo de chancre en las uñas. En la figura 4 aparece después del restablecimiento, pero la uña quedó muy deteriorada.
- Fig. 5.—Chancre chancrelento del párpado superior en una joven.

CHANCROS ERRÁTICOS DE LOS DEDOS Y DE LOS PÁRPADOS

Fig. 1.—El extremo del dedo está grandemente engrosado por un enorme chancro desarrollado debajo del sitio de la uña. La induración era muy notable.

Fig. 2.—Chancro duro, circular, en el pulpejo del dedo de un dentista. Prodújolo un raigón de un paciente.

Figs. 3 y 4.—Dedo de un tocólogo en el intervalo de tres ó cuatro meses. En el primer caso la uña está desprendida por una inflamación chancrosa que ataca principalmente el borde izquierdo. Es un buen ejemplo de chancro en las uñas. En la figura 4 aparece después del restablecimiento, pero la uña quedó muy deteriorada.

Fig. 5.—Chancro indurado del párpado superior en una joven.

CHANCROS VACCINALES

Fig. 1.—Tres chancros en las cicatrices de vacunación del brazo de una niña. Erupción secundaria en el dorso del cuello de la misma, en la figura 2. Obsérvese que los chancros son notablemente característicos. Están cubiertos de pus, y el epidermis de la piel que le rodea está descamado.

Fig. 3.—Tres chancros recientes en las cicatrices de vacunación del brazo de una joven. Comenzaban á indurarse.

CHANCROS VACCINALES

Fig. 1.—Tres chancros en las cicatrices de vacunación del brazo de una niña. Erupción secundaria en el dorso del cuello de la misma, en la figura 2. Obletes que los chancros son notablemente característicos con fletos umbilicales de pus, y el epitelio de la piel que los rodea está hinchado.

Fig. 2.—Tres chancros secundarios en las cicatrices de vacunación del brazo de una joven. Comenzaban a indurarse.

CHANCROS Y TUMORES PAPILARES EN LA LENGUA

Fig. 1.—Chancro infectado muy característico, circular, de bordes elevados, cerca de la punta de la lengua. El paciente era una joven. Se notó de la lengua, en el dorso y más lejos, veía una placa de tumor papilar, parte de la erupción mucocutánea.

Fig. 2.—Placa blanca de un tumor papilar en medio de la punta posterior de la lengua de un sujeto afectado de sífilis terciaria (sífilis).

Fig. 3.—Placa papilar en medio de la lengua, probablemente en igual punto que la de la anterior.

Estas imágenes muestran lo que difieren en la pág. 20 sobre la sífilis como causa de tumores.

CHANCROS Y TUMORES PAPILARES EN LA LENGUA

Fig. 1.—Chancro indurado muy característico, circular, de bordes elevados, cerca de la punta de la lengua. El paciente era una joven. En medio de la lengua, en el dorso y más lejos, vese una placa de tumor papilar, parte de la erupción secundaria.

Fig. 2.—Placa blanca de un tumor papilar en medio de la parte posterior de la lengua de un sujeto afecto de sífilis constitucional.

Fig. 3.—Placa papilar en medio de la lengua, precisamente en igual punto que las dos anteriores.

Estas láminas ilustran lo que dijimos en la pág. 25 sobre la sífilis como causa de tumores.

LOS DIENTES EN LA SÍFILIS CONGÉNITA

Fig. 1.—Incisivo central superior permanente recientemente salido. Ancho, pero de bordes estrechos (dientes en clavija). Escavación semilunar superficial á lo largo del borde libre, en medio del cual se observan dos ó tres aristas. Desprendidas éstas, presentó el diente la configuración representada en la figura 2.

Fig. 2.—Pareja de incisivos centrales superiores permanentes, caracterizados ambos por la escavación central. Bordes estrechos y convergentes. Dientes cortos y descoloridos. (Compárese con la figura 5, en que los dientes son divergentes.)

Fig. 3.—Pareja de incisivos centrales superiores permanentes, profundamente escavados y semejantes á los de la figura 2, excepto la convergencia. Los incisivos laterales no están deformados, pero sí los caninos. El derecho, de éstos, presenta una excrescencia en el centro de la escavación. El marfil al descubierto, en medio de las escavaciones, aparece descolorido.

Fig. 4.—Pareja de incisivos centrales superiores permanentes, con la escavación profunda característica. Los dientes no son más cortos de lo ordinario, antes bien un poco más largos y muy separados entre sí.

Fig. 5.—Pareja de incisivos centrales superiores, recientemente salidos. Escavación central muy marcada, con falta de marfil. Cortos y estrechos; divergentes. Los cuatro incisivos inferiores presentan una serie de ligeras excrescencias verrugosas, consiguientes á la falta de esmalte y quedar el marfil al descubierto. La denudación ocupa el mismo nivel en los cuatro dientes.

LOS DIENTES EN LA SÍFILIS CONGENITA

Fig. 1.—Incisivo central superior permanentemente salido. Aunque, para los dientes estacionados (dentar en el tipo), la posición semi-lunar superficial a lo largo del borde libre, en medio del cual se observan dos o tres aristas. Desperdichadas éstas, presenta el diente la configuración representada en la figura 2.

Fig. 2.—Parja de incisivos centrales superiores permanentes, caracterizados ambos por la excavación central. Bordos estrechos y con vertientes. Los dientes cortos y desdentados. (Comparados con la figura de los dientes que son divergentes.)

Fig. 3.—Parja de incisivos centrales superiores permanentes, pero fuertemente excavados y separados a los de la figura 2, excepto la convergencia. Los incisivos laterales no están deformados, pero el diente central, de estos, presenta una excavación en el centro de la excavación. El martillo al descubrirlo, en medio de las excavaciones, aparece desdentado y no se ve el tipo de diente.

Fig. 4.—Parja de incisivos centrales superiores permanentes, con la excavación profunda característica. Los dientes no son más cortos de lo ordinario, antes bien un poco más largos y muy separados entre sí.

Fig. 5.—Parja de incisivos centrales superiores, permanentemente salidos. Excavación central muy marcada, con falta de martillo. Cortos y estrechos divergentes. Los cuatro incisivos inferiores presentan una serie de ligeros excrescencias verticiladas, conexas a la falta de esmalte y quedar el martillo al descubrirlo. La denudación ocupa el mismo nivel en los cuatro dientes.

CHANCRO DE LA NAZAL Y ENFERMEDAD SIFILICA DE LA LENGUA

Fig. 1. - Chancro indurado de la nariz, extraordinariamente característico. Base indurada, fondo fibrinoso.

Fig. 2. - El chancro en la segunda mitad del período secundario. Toda la lengua está tumefacta, las papilas filiformes están destruidas, aparecen muchas fístulas, placas de enfriamiento, las fístulas del órgano aparecen elevadas y destruidas, se observan también los fístulas.

Fig. 3. - Chancro en el último período de la vida. La lengua tumefacta, aparece por debajo que aparecen manchas blancas en la lengua. Los fístulas de las papilas filiformes, aparecen por debajo de la lengua, que está al nivel de las papilas filiformes, las papilas filiformes, algunas de las fístulas están destruidas por las masas fibrinosas.

CHANCRO DE LA NALGA Y ENFERMEDAD SIFILÍTICA DE LA LENGUA

Fig. 1.—Chancro indurado de la nalga, extremadamente característico. Base indurada; fondo flórico.

Fig. 2.—Glositis en la segunda mitad del período secundario. Toda la lengua está tumefacta. Las papilas filiformes están destruidas, ofreciendo, en muchas partes, placas denudadas. Los bordes del órgano aparecen elevados y denticulados, viéndose también dos ó tres fisuras.

Fig. 3.—Glositis en el último período de la sífilis. Lengua tumefacta; surcos profundos que separan masas de induración hipertrófica. Pérdida de las papilas filiformes; superficie lisa y denudada que deja al descubierto algunas películas grises. Las papilas fungiformes y algunas de las filiformes están invadidas por las masas hipertróficas.

COROIDITIS SIFILÍTICA

Fig. 1.—Coroiditis diseminada dependiente de la sífilis adquirida. Ambos ojos estaban afectados. Ultimo período.

Fig. 2.—Coroiditis dependiente de la sífilis adquirida. Las placas, de mucho tamaño, afectan casi la totalidad del fondo del ojo, con excepción de la mancha amarilla. Existen muchas otras placas pequeñas. La enfermedad era muy agresiva. Ocurrió treinta años después de un ataque de sífilis en una mujer de cincuenta cuyo hijo padecía al mismo tiempo una keratitis intersticial.

Fig. 3.—Ojo de un niño de ocho años sujeto á la sífilis congénita. Los síntomas simulaban en parte los de la retinitis pigmentosa. Las placas de pigmento están dispuestas en zona, muchas en hilera y otras son redondas. Los bordes de la papila están parcialmente ocultos, y la papila misma aparece borrosa.

Fig. 4.—Coroiditis sifilítica reciente. Vense numerosas placas aisladas y amarillentas en la coroides (gomas). El ataque ocurrió algunos años después de haberse contraído la sífilis, y el paciente estuvo afectado de retinitis en el período secundario. Tres años después desaparecieron los gomas, pero las placas de pigmento permanecían en su sitio.

COROIDITIS SIFILITICA

Fig. 1.—Coroiditis disminuida dependiente de la sífilis adquirida. Añosos que estaban afectados. Último período.

Fig. 2.—Coroiditis dependiente de la sífilis adquirida. Las placas, de mucho tamaño, están casi la totalidad del fondo del ojo, con excepción de la mancha amarilla. Existen muchas otras placas pequeñas. La enfermedad es muy antigua. Comenzó cuando el paciente tenía 25 años de edad. En los últimos años de su vida, el paciente sufrió de sífilis en sus huesos de la columna cervical y de la pelvis. El paciente murió a los 60 años de edad.

Fig. 3.—Tipo de un caso de sífilis adquirida a la sífilis congénita. Los síntomas clínicos en parte los de la retinitis pigmentosa. Las placas de pigmento están dispersas en zonas anchas en la retina y en las venas retinianas. Las placas de la retina están permanentemente oscuras y la papila retiniana aparece normal.

Fig. 4.—Coroiditis séptica reciente. Varios numerosos placas azules y amarillentas en la coroides y retina. El paciente sufrió algunas años después de haberse curado la sífilis y el paciente estuvo afectado de retinitis en el período secundario. Tres años después desaparecieron los síntomas, pero las placas de pigmento permanecieron en su sitio.

ENFERMEDADES SIFILÍTICAS DE LAS UÑAS

Fig. 1.—Dedos en el período secundario de una sifilis adquirida. Uñas adelgazadas, opacas y frías, con un ligero pueril.

Fig. 2.—Dedos de un niño afecto de sifilis congénita. Uñas totalmente ausentes. La inflamación ocupa las matrices de las uñas y destruye una porción considerable de las mismas, con expansión de los bordes libres. Algunas de estas uñas aparecen como si se las hubiese apartado con unas pinzas cerca de sus matrices.

Fig. 3.—Uñas opacas y rotas de un niño afecto de sifilis congénita.

Fig. 4 y 5.—Dedos de un niño congénitamente sifilítico. Uñas ausentes y frías, opacas y rotas.

ENFERMEDADES SIFILÍTICAS DE LAS UÑAS

Fig. 1.—Dedo en el período secundario de una sífilis adquirida. Uña adelgazada, opaca y fibrosa, rota en algunas partes.

Fig. 2.—Dedos de un niño afecto de sífilis congénita. Uñas inflamadas, excepto la del pulgar. La inflamación ocupa las matrices de las uñas y determina una apariencia como de estrechez de las mismas, con expansión de los bordes libres. Algunas de estas uñas asemejan como si se las hubiese apretado con unas pinzas cerca de sus matrices.

Fig. 3.—Uñas opacas y rotas de un niño afecto de sífilis congénita.

Figs. 4 y 5.—Dos dedos de un niño congénitamente sifilítico. Uñas enanas y fibrosas, opacas y rotas.



