

Cuando no se hacia distincion de chancros, nadie paraba mientes en las variedades de color que estos podian presentar, y si bien el tinte cobrizo ó de jamon se consideraba atributo de los accidentes secundarios de la sífilis, no habia sido señalado como característico del accidente primitivo. Carmichael estudió con especial atencion las diferencias que el tinte de estas úlceras podia presentar, y esto, sin duda, le condujo á admitir hasta cuatro especies de chancro. Hoy dia sabemos que las tintas cobrizas más ó ménos oscuras, lívidas, negruzcas ó irizadas son por lo ménos tan constantes en la úlcera sifilítica primitiva como en las sífilides del período secundario, y que si hay causas que tiendan á hacer palidecer esas tintas subidas ú oscuras, ninguna tan influyente como la medicacion mercurial. Vosotros mismos lo habreis notado en nuestras enfermerías: chancros coincidentes con las erupciones del período secundario que, al ingresar presentaban tintas negruzcas y cuya superficie parecia que habia sido expolvoreada con tanino, han ido palideciendo y tomando color lívido á medida que hemos administrado al paciente las unciones mercuriales.

La secrecion del chancro sifilítico, de suyo poco abundante, consiste en un humor sero-purulento ó sero-sanguinolento, en el cual, al paso que la fibrina, abundan las células epiteliales. De ahí su extraordinaria propension á concretarse y desecarse, formando una costra pseudo-membranosa, sumamente adherente, que tapiza toda la superficie ulcerada. Hay, pues, en el chancro sifilítico — á la inversa de lo que se observa en el chancro venéreo—un aspecto de sequedad muy notable. De ordinario la costra oculta una pequeña cantidad de humor claro ó sanguinolento; pero á veces abunda tanto la exfoliacion epidérmica, que la humedad sub-cutánea es apenas perceptible; diríase que, en medio de

la sequedad propia de la especie, hay variedades de *chancre seco*, ó *exfoliático*.

Más que hiperemia é inflamacion, en el chancre sifilítico hay neoplasia. De ahí que exude poco y que su producto contenga apenas corpúsculos purulentos, pero sí, fibrina y células epidérmicas; de ahí que cause poco ó nada de dolor, por lo cual á veces pasa desapercibido para el enfermo; de ahí que el trabajo de ulceracion se efectue con lentitud y siempre del centro á la circunferencia; de ahí que, ni aun en las ulceraciones más profundas, se vean esos bordes abruptos, cortados al mismo nivel del fondo, que dan al chancre venéreo la apariencia de haber sido practicado con un sacabocados, sino un corte al taluz, es decir, en suave declive, que viene del fondo á la superficie; de ahí, en fin, que la piel que circunda á la úlcera no se presente íntegra y sana, como en el chancre blando, sino formando una areola tumefacta, dura y de tinte cobrizo. Aplicad en este momento los conocimientos que os he dado respecto á los procedimientos y productos de la inflamacion crónica, y tendreis idea clara de la razon de los síntomas que pueden reputarse característicos del chancre sifilítico: á saber: *tinte cobrizo, secrecion escasa, costra adherente, poca sensibilidad, corte á bicel, infarto areolar periférico é induracion*.

La *induracion*, atributo característico y que da nombre de especie al chancre sifilítico —*chancre indurado*—es el resultado, apreciable por la palpacion, de un exudado intersticial de corpúsculos de tejido embrionario, depositados en un estroma fibrilar. Nada especial descubre el microscopio en este tejido morbosó; ningun elemento específico que permita colegir la naturaleza del chancre: los mismos corpúsculos y la misma sustancia intercelular se encuentra en todos los productos de la inflamacion crónica. Podríamos, pues, decir con

Rollet, que la induración del chancro es un hecho más interesante para el clínico que para el histólogo.

Se ha puesto en tela de juicio la constancia de este fenómeno y la época en que aparece. Ricord decía que nunca se presenta antes que la ulceración; numerosos ejemplos clínicos ponen de manifiesto que la pápula-tubérculo que caracteriza el período inicial del chancro, puede indurarse antes de comenzar en ella la ulceración. La regla general es que ulceración é induración se presenten simultáneamente, aunque en varios casos esta última sobreviene más tarde. Sea precoz ó tardía, puede asegurarse que la induración *no falta nunca* en el chancro sifilítico. Pero, si es constante su existencia, ¿tiene siempre las mismas apariencias? Nada más variable que el aspecto de la induración, tanto, que por ella sola se han creado la mayor parte de las denominaciones calificativas de las variedades del chancro sifilítico.

Hay, en primer lugar, una *induración aplanada*—*chancro plano*—que se presenta como un disco de pergamino introducido en la base de la úlcera—*chancro apergaminado*;—en ciertos casos, la induración comprende todo el perímetro del chancro—*total*,—mientras que en otros se limita á una parte del mismo—*parcial*,—otras veces, en fin, pasa más allá de la circunferencia de la llaga y podría llamarse *excedente*.

Existen chancros en que la induración, sin dejar de ser plana, constituye un rodete anular, más ó ménos ancho,—*chancro anular*;—y otros en que, siendo más dura y más elástica, forma como una lente plano-convexa ó plano-cóncava, cuya concavidad mira del lado de la úlcera: es el chancro *condroideo*.

Para reconocer la induración plana, que, en mi concepto, mejor se llamaría *laminar*, es indispensable palpar el chancro comprendiendo su base por los extremos de dos diámetros

opuestos, entre el pulgar é indice y ejerciendo cierto grado de compresion, como si se intentase doblarle sobre sí mismo.

El *chancre plano* es el más frecuente y el más pequeño—*chancre enano*;— comienza por una mancha eritematosa, nada prominente, y cuando llega á la ulceracion, ésta se limita á una sencilla excoriacion de la epidermis, viéndose las papilas dérmicas normales á través del tejido propio de la induracion. No hay, pues, en este chancre ni costra ni escama, y sí, tan solo un tinte irizado, debido en parte á un exceso de pigmentacion de la superficie y á alguna que otra extravasacion de sangre.

Puede, sin embargo, la induracion del chancre plano aumentar de volúmen al cabo de mucho tiempo, y entónces es de ver que para una insignificante excoriacion, existe una induracion muy considerable y profunda.

El chancre plano se observa de preferencia en los lugares en que los tegumentos son finos, delgados, densos y semi-transparentes, tales como el prepucio, el glande, el meato urinario, las ninfas, las amígdalas, el velo del paladar y la cara posterior de los labios. Este es el chancre que, [especialmente en mujeres y niños, manifiesta mayor propension á transformarse en *placa mucosa*.

Imaginad la mitad de un guisante tapada por una capa epitelial ó epidérmica y dispuesta de modo que la superficie plana mire al exterior, mientras que el lado convexo corresponda á la profundidad, y tendreis idea del *chancre prominente*. Es una induracion como la cabeza de un clavo, que desde un principio forma una pápula tuberculosa, la cual, al llegar al periodo de ulceracion, no ofrece más que una escoriacion epidérmica limitada al perímetro del núcleo indurado. Este, que al comenzar era pequeño como medio guisante, puede hacer tales progresos que adquiera las proporciones de media avellana y aun profundizar de tal manera

que dé la sensacion de media almendra cortada transversalmente.

La ulceracion en el *chancro proeminente* suele ser tambien superficial y aún á veces se limita al centro de la induracion, presentando entonces el chancro el aspecto de uno de esos callos á que se da el nombre de *ojo de gallo*. En este, como en el *chancro apergaminado*, no es raro observar la transformacion en placa mucosa, la cual, habida razon á su proeminencia, mereceria mejor el nombre de *tubérculo mucoso*.

Así como el chancro plano se halla preferentemente en tegumentos finos, el elevado, ó proeminente, ocupa de ordinario las eminencias ó bordes limitantes de ciertos órganos; así se le encuentra en el limbo del prepucio, en el frenillo, en el cuello del útero, en ambos labios de la boca y en la punta de la lengua.

En contraposicion con el *chancro proeminente*, debemos estudiar el *chancro hueco* ó, como le llama Rollet, la *ulceracion chancrosa indurada*. Buscad esta variedad en aquellos sitios en que los tegumentos forman repliegues ó fondos de saco tales como el punto en que la mucosa del prepucio se refleja para pasar al glande, la base de los labios mayores, el lugar de implantacion de las carúnculas, las cercanías del clítoris, la horquilla de la vulva, el pezon, la garganta, las lagunas de las amígdalas, los lados del frenillo de la lengua y las comisuras de los labios.

Vereis una induracion profunda, en la que, en vez de una ulceracion limitada á una excoriacion epidérmica, se efectua un trabajo de destruccion ó ahuecamiento gradualmente creciente, y así á medida que la induracion se extiende en profundidad, la úlcera la va excavando, en forma sinuosa. La úlcera, pues, no profundiza á expensas de los tegumentos, sino del neoplasma de la induracion. El chancro

llamado *cupuliforme* es una induración ámpliamente excavada, terminada en fondo de saco, ó como un dedal; el *infundibili-forme* es también una induración profunda y ulcerada por excavación, de suerte que forma un embudo, y el *cavernoso* resulta asimismo de una induración profunda y excavada por el trabajo ulcerativo, pero de manera que forma una cavidad esferoidal, precedida de una abertura angosta.

De esa ulceración que penetra en el tejido indurado del chancro y lo excava á tanta profundidad, al *fagedenismo* y á la *gangrena* no hay más que un paso, por más que uno y otra, tanto en la úlcera sifilítica como en el chancro blando, deban ser considerados como complicaciones. El *fagedenismo*, según vimos tratando del chancro venéreo, es mucho más frecuente en este que en el sifilítico, mientras que lo contrario se observa respecto de la gangrena. Lo propio cabe decir del *fagedenismo pultáceo*; siendo de notar que en todos estos procesos destructores que se ceban en la induración, ésta, lejos de desaparecer, va ganando terreno alrededor de la úlcera y á medida que ésta penetra á mayor profundidad.

Volvemos á encontrar aquí la cuestión de la naturaleza del *chancro serpiginoso*, que ya hemos ventilado al ocuparnos de las complicaciones del chancro venéreo: es rarísimo el *chancro serpiginoso*; pero ¿debe considerarse como una variación de las formas fagedénicas, ó más bien debe tenerse por un *lupus ulceroso* de variedad *serpiginosa*?

Si de estas complicaciones que el chancro indurado puede presentar en su período de progreso, exceptuamos la gangrena, que parece más afine á la misma naturaleza de la afección, y si atendemos á que el fagedenismo, tan frecuente en los chancros venéreos, es aún más raro en los sifilíticos que en aquellos la gangrena, ¿no será lícito sospechar, de acuerdo con Rollet, que el chancro indurado fagedénico es

una de las formas del *chanero mixto*? Hoy no es posible dudar de este chanero, ni de su aptitud para reproducirse con su doble virulencia: por lo que tiene de sifilítico, se indura; por lo que tiene de venéreo, puede fagedenizarse. Es más, un chanero indurado puede ser asiento de una inoculación venérea y volverse *mixto*; desde este instante, tendrá tanta disposición al fagedenismo como cualquier otro chanero simple. Un chanero venéreo puede recibir la inoculación del virus sifilítico: nueva ocasión de chanero mixto, y por tal motivo, nuevas condiciones para la induración propensa al fagedenismo.

Desde el instante en que la induración y la ulceración, atributos por decirlo así elementales del accidente primitivo, cesan de extender sus ámbitos, se puede dar por terminado el período de progreso del chanero sifilítico, y ya en tal caso, ó bien permanece algunos días sin avanzar en el sentido de la reparación ni de la destrucción, constituyendo esto el período de *estado*, ó bien se encamina directamente á la cicatrización, entrando, por lo mismo, en el de *reparación*.

Cuatro hechos capitales denotan que el chanero sifilítico se halla en el período de *reparación*, á saber: 1.º modificación del color cobrizo, desapareciendo las tintas irizadas, si las habia, para adquirir una coloración rojiza, clara y franca como la de la hiperemia común; 2.º gradual desprendimiento de la costra púltacea ó pseudomembranosa, para ser reemplazada secreción tan concrecible por verdadero pus, que se exuda de mamelones carnosos, como en las úlceras simples; 3.º resolución gradual de la induración, la que de día en día va disminuyendo en densidad, espesor y extensión, y 4.º formación de tejido de cicatriz, que comienza por la circunferencia de la úlcera, para llegar al centro, dejando como vestigio una mancha sonrosada, que más tarde se borra del todo.

Nada tan rápido como la reparacion del chancro sifilítico, cuando interviene una medicacion específica: lo que primero se modifica es el color; pronto rebaja la induracion y se desprende la capa pultácea; la cicatriz completa es solo obra de algunos dias. Mas,—¿quién lo diria?—á pesar de tan bello aspecto, el chancro conserva su virulencia: es contagioso. Casos se han visto de infeccion causada por un chancro completamente cicatrizado. Pero no debemos sorprendernos: ¿por ventura no son contagiosos los accidentes secundarios? ¿no sabemos que la virulencia de la sífilis reside en la sangre, por más que el chancro sea el primero y principal laboratorio de virus?

No siempre la reparacion llega á feliz término sin verse perturbada por algun contratiempo: uno de estos, que principalmente acaece en niños y mujeres, es la conversion del chancro en *placa ó tubérculo mucoso*. Una condicion al parecer se necesita para que esta metamórfosis se efectúe, como suele decirse, *in situ*, y es, que el chancro se halle en region bañada de humores normales ó patológicos que sostengan la irritacion ó en repliegues mucosos ó cutáneos en que tengan lugar deslizamientos y tambien roces irritantes. Así se explica que la boca, las márgenes del ano, el pezon y el meato urinario, sean las partes en donde con mayor frecuencia se observa esta transformacion.

La *placa mucosa*, segun llevo indicado, es una de las manifestaciones secundarias más precoces; pues bien, cuando el chancro, al encaminarse á la cicatrizacion, se puebla de mamezones exuberantes y rojizos, cubriéndose luego de una tenue película membranosa, especie de epitelio, que hace perder al afecto el derecho á ser llamado úlcera, se dice que se ha experimentado la trasformacion *in situ* en *placa mucosa*. Será *tubérculo mucoso*, si esta transformacion tiene lugar en

un chancro proeminente, cuya induración puede persistir ó resolverse en totalidad por debajo de ese tejido fungoso.

A menudo he tenido ocasión de enseñaros enfermos cubiertos de erupciones sifilíticas secundarias, en cuyos genitales se palpaba evidentemente la induración del chancro, á pesar de hallarse este completamente cicatrizado desde muchos días. Hay, pues, casos en que la induración es más persistente que la ulceración, y esta persistencia puede ser tan duradera, que á los dos y aún á los tres meses pueda aún tocarse el núcleo indurado. En tales circunstancias, la induración se presenta como un núcleo proeminente, plano ó excavado y cubierto por la cicatriz del chancro, la cual tiene el aspecto de una simple mácula. La induración adhiere y forma cuerpo continuo con el tejido cicatricial, al paso que goza de cierta movilidad respecto de las partes sobre que descansa.

## LECCION XXXIII

---

### Modalidades del accidente primitivo

#### *Proposiciones.*

1.<sup>a</sup> Aparte las variedades que el accidente primitivo ofrece en relacion con el grado de sus síntomas propios, puede presentar otras modalidades que se refieren á su curso, á su recidiva, á la reinfeccion de la sífilis, á la mezcla de los virus generadores, á la atenuacion del virus sífilítico, al número de los chancros, al sitio que ocupan y al sexo en que recaen.

2.<sup>a</sup> Variable como es en una larga escala la duracion del accidente primitivo, es frecuente que el chancro persista en actividad en la época en que aparecen las manifestaciones secundarias, y aun cuando de ordinario no experimenta modificacion alguna por esta causa el chancro, en ciertos casos se agrava, pues ó bien se acrecientan la induracion y ulceracion, que estaban en camino de curarse, ó quizás aparecen en las inmediaciones del chancro primitivo otro ú otros núcleos de induracion, con otros tantos focos de ulceracion.

3.<sup>a</sup> Llámanse *recidivado* el chancro que, una vez llegado al período cicatricial, conservando, no obstante, la induracion, se retrotrae á la ulceracion, presentando todos los caracteres que el accidente primitivo tenia en su período de progreso y aun á veces comprendiendo una extension más vasta la induracion y el infarto periférico.

4.<sup>a</sup> En casos muy excepcionales, se ha observado el chancro *sífilítico sucesivo*, resultado de diferentes infecciones ó contagios sucesivos—v. gr. una nodriza que da varias veces de mamar á un niño sífilítico, inoculaciones experimentales repetidas en corto período en un mismo individuo—entonces pueden aparecer varios chancros sífilíticos uno despues de otro.

5.<sup>a</sup> La reinoculacion del virus sífilítico en un individuo que haya padecido el accidente primitivo ó los secundarios, es hecho rarísimo, y el chancro que de ella resulta—*chancroide*—carece de la virtud de contagiar la sífilis; un exámen detenido de los hechos conduce á admitir que, más bien que efecto de la atenuacion del virus sífilítico, el *chancroide* resulta de la mezcla de éste con el venéreo.

6.<sup>a</sup> La simultánea inoculación del virus vacuno con sangre de un vacunífero sifilítico, puede dar lugar al chancreo *vacuno-sifilítico* y á la llamada *sífilis vacunal*; la pústula vacuna aparece primero y sigue su desarrollo hasta el fin ó próximo á él, entonces dicha pústula se ulcera, se indura, adquiere el color cobrizo y sigue todas las evoluciones del chancreo sifilítico.

7.<sup>a</sup> El virus tomado de una pústula *vacuno-sifilítica* en los primeros días, é inoculado en un sujeto que no tenga natural ó adquirida inmunidad para la vacuna ni para la sífilis, determina pústulas vacunas y chancros sifilíticos; del 5.<sup>o</sup> al 7.<sup>o</sup> día en adelante, este mismo virus ya no produce sino chancreo sifilítico; en sujetos en quienes haya para la vacuna inmunidad natural ó resultante de la viruela ó de una anterior vacunación, el virus del *chancreo vacunal* no produce sino chancreo sifilítico; en personas preservadas del contagio sifilítico por una infección anterior, el virus del referido chancreo no determina más que pústulas vacunas, cuando se toma al principio de las pústulas; si se toma más tarde, la inoculación en estos individuos no da ningun resultado positivo.

8.<sup>a</sup> De ordinario el chancreo sifilítico es único; mas, cuando resulta de inoculación experimental, pueden aparecer tantas cuantas inoculaciones se hayan practicado; lo propio podría acontecer de resultados de un contagio accidental, si hubiese varias soluciones de continuidad que se pusieran en contacto con el virus sifilítico; la *pluralidad* de chancros por efecto de contagios ó inoculaciones sucesivas, se comprende, pero es un hecho rarísimo.

9.<sup>a</sup> Los sitios en donde con mayor frecuencia se observa el chancreo sifilítico son: *a)* en los *genitales del hombre*: el surco balano-prepucial, la mucosa del prepucio, la piel del pene, el limbo del prepucio, el frenillo, el glande, el meato urinario, el conducto de la uretra, el escroto y el ángulo peni-escrotal; *b)* en la *mujer el chancreo genital* es mucho ménos frecuente que en el hombre, siendo, en cambio, en ella más comun el chancreo *extra-genital*; la horquilla, el meato urinario, el vestíbulo, el clítoris, el periné y el útero son los sitios en donde con mayor frecuencia reside el chancreo en los genitales de la mujer; *c)* la sodomía, más frecuentemente ejercida de hombre con mujer que de hombre con hombre, el cóito bucal y el amamantamiento, explican que el chancreo *sifilítico extra-genital* se observe con mucha mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino y el que el ano, la boca y los pezones sean los sitios en donde preferentemente aparece dicho afecto.

SEÑORES: hasta aquí hemos supuesto el accidente primitivo sujeto á una norma por la que se dirigen sus evoluciones, desde que se inicia por la manchita y la pápula tuberculosa, hasta que termina cicatrizándose la úlcera y resolviéndose la induración. En esta norma hemos comprendido las principales variantes que en su modo y grado pueden presentar los que podríamos llamar elementos semiológicos del chancreo: el color, la forma, el producto de secreción, la ulceración, la induración y la cicatrización, y de estas modalidades hemos visto resultar variedades diferentes, á las cuales cor-

responden otras tantas denominaciones calificativas, más ó ménos gráficas. Hoy, dejando aparte estas variedades, hemos de hacernos cargo de algunas otras que no dicen relacion á los síntomas, sino más bien á la marcha y á las condiciones etiológicas, así específicas como topográficas é individuales, en que puede desarrollarse el chancro. Entre estas contamos la recidiva, las reinfecciones, la mezcla de los virus generadores, la atenuacion del virus sifilítico, la pluralidad de los chancros, el lugar en que estos se presentan y el sexo en que se observan. El accidente primitivo típico tiene una marcha lenta, pero regular, llegando á la cicatrizacion antes de presentarse los síntomas secundarios; es único, procede de una sola infeccion sifilítica y cuando él se inicia, ya no puede el individuo recibir otras infecciones del mismo virus; radica en los genitales y es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer. Veamos las diferencias que de los desvíos de este chancro típico pueden resultar en la práctica.

Rollet y muchos otros sifiliógrafos consideran como un hecho raro el que los síntomas eruptivos secundarios sobrevengan antes de que el chancro haya llegado á la cicatrizacion; numerosos ejemplos observados en nuestra clínica, así como otros muchos de mi visita particular, enseñan que dista mucho de ser rara la concomitancia del accidente primitivo, á lo ménos en su período de reparacion, con el principio de los secundarios. El enfermo, poco advertido, se muestra satisfecho del buen cariz que ha adquirido la llaga, y, en tal estado le sorprenden la cefalea, los dolores reumatóideos y la roseola. ¿Qué hace entonces el chancro? De ordinario no se modifica en bien ni en mal por estos nuevos fenómenos; pero, en ciertos casos, se le ve retroceder y entrar de nuevo en su período de progreso. Entonces la induracion,

antes en descenso, adquiere nuevas y quizás mayores proporciones que antes; la ulceracion se extiende de su circunferencia y aun reaparece la película ó costra pultácea característica del segundo período del accidente primitivo.

Yo no lo he visto, pero algunos dicen que han observado la aparicion de nuevos núcleos de induracion en los alrededores del chancro primitivo, los cuales á no tardar se han coronado de otras tantas ulceraciones, que tenian todos los caracteres de aquel. ¿Seria la tal erupcion de chancros sifilíticos una eflorescencia *secundaria* de los genitales? Si así se considerase, siempre serian de notar la induracion y la ulceracion, tan carecterísticas del accidente primitivo como impropias de los brotes cutáneos secundarios.

Un individuo se expone á reiteradas y próximas inoculaciones del virus sifilítico, en época en que, no habiéndose más que iniciado la inoculacion del gérmen morbífico, la economía no ha adquirido aun inmunidad para nuevas infecciones; el virus puede, en momentos distintos, penetrar por diferentes soluciones de continuidad existentes en una misma region,—v. g. el pene, la vulva, el pezon,—ó en regiones diferentes—v. g. los genitales y el ano, ó la boca.—En tales casos, se considera posible una excepcion de la regla numérica que preside al chancro sifilítico, esto es, que este no sea *único*, sino *doble* y aun *múltiple*, presentándose el primer chancro en el lugar en que primero tuvo efecto el contagio y los sucesivos en los sitios en que posteriormente se efectuó la inoculacion. Hechos de esta naturaleza, por razones que fácilmente se comprenden, son mucho ménos frecuentes en el hombre que en la mujer. Una nodriza que da su pezon agrietado á un niño sifilítico, en el dia de hoy podrá contaminarse el pezon derecho y en el de mañana, agrietado tambien el izquierdo, recibir el virus por este. Finido el

término de la incubacion aparacerá un chancro sifilítico en el pezon derecho y al siguiente en el izquierdo. Una mujer tiene cóito normal con un sifilítico y al otro ó dos dias despues se entrega á la sodomía ó al cóito bucal con el mismo individuo ó con otro hombre no ménos contaminado; de esto le podrá resultar un chancro sifilítico en los genitales y poco despues otro en las márgenes del ano ó en los labios.

Hay, pues, *posibilidad* de inoculaciones sucesivas, que dan por resultado chancros sífilíticos tambien sucesivos; pero ¿son frecuentes estos hechos? Yo los considero rarísimos: no he visto ninguno de ellos en mi práctica y pocos se hallan citados en los anales de la ciencia; solo los inoculadores han obtenido una cosecha más abundante de lo que fuera de desear en nombre de la moralidad de la experimentacion bio-patológica en la especie humana.

Nada tan frecuente en la práctica como la *recidiva* en el chancro sifilítico. Repetidas veces lo habeis visto en nuestras enfermerías: chancros que se encaminaban perfectamente por la senda de la reparacion; que habian adelantado y aun terminado la cicatriz y cuya induracion estaba casi del todo resuelta, al influjo de causas conocidas, ó solo por la natural ó espontánea evolucion del proceso sifilítico, al asomar los síntomas secundarios, han reverdecido, ulcerándose de nuevo, cubriéndose de película gris é indurándose en una extension á veces mayor que la que alcanzaron en el período de progreso. No teneis más que recordar lo que os decia respecto las perturbaciones que puede presentar en su curso el chancro venéreo y echareis de ver que la recidiva así es posible en éste como en el sifilítico.

El *chancroide*, variedad del chancro, que se ha considerado como el producto de la reinoculacion del virus sifilítico en individuos *sifilizados* por una infeccion accidental ó experi-

mental, ha suscitado apasionados debates entre los prácticos, negando unos la realidad de semejante accidente y suponiendo otros que es una úlcera sifilítica cuyo virus se ha atenuado, por lo cual no tiene las aptitudes morbíficas que le son características, limitándose sus alcances á producir nuevos chancros puramente locales, pero no la infección general en un individuo sano.

Francamente, un chancre que, inoculado, solo es capaz de producir síntomas locales, no merece la calificación de sifilítico, puesto que todo lo local, en la sífilis, es pura manifestación de un estado diatésico, y lo que no es constitucional no puede ser sifilítico. Nosotros, que consideramos al accidente primitivo, no como la *ventana* á donde primero asoma el mal, no podemos en modo alguno admitir, el *chancroide*. ¿Como, pues, se explican los hechos que en favor de su existencia se aducen? Por la inculación de virus del chancre blando simultánea ó sucesivamente ocurrida en un individuo sifilítico. El chancroide, para nosotros, no es, pues, más que un chancre venéreo, que ni siquiera puede ser confundido con el chancre mixto, ó sea aquel del que destila un humor susceptible de reproducir en un mismo individuo el proceso de la sífilis y del chancre venéreo.

Es muy comun achacar á la vacuna muchos y hasta graves males que atormentan á los niños y aún á los adultos. Nada tan desprovisto de fundamento como esta opinion—que, dicho sea con la debida justicia, no suele remontarse mucho más allá de lo que alcanza el vulgo.—Ni herpetismo, ni escrofulismo, ni tuberculosis, ni cáncer, ni, en fin, ninguna otra enfermedad constitucional que no sea sífilis, puede ser contraída por la inoculación de la vacuna. Los *vacunó-fobos*, que nunca se multiplicaron y exhibieron tanto como en los actuales momentos, en que, en nombre del bien pú-

blico, se ha proyectado en Francia establecer la vacunacion y revacunacion obligatoria, carecen de hechos bien depurados que depongán en su favor.

Oíreis contar, y aun observareis en vuestra práctica, casos como el siguiente: un niño, hasta aquí rollizo y sano, es vacunado con linfa humana ó quizá directamente extraída de una ternera. Aparecen pústulas características; de estas, una ó más, al llegar el término de la supuracion, se inflaman y las subsigue un flemon, circunscrito ó difuso, del brazo, ó bien una adenitis axilar, que tal vez llega tambien al término de la supuracion. El niño sufre mucho; al fin cura de estos accidentes, ó bien marcha á la supuracion y á la gangrena, ó quizás desde entonces arrostra la vida lánguida y, por decirlo así, supuratoria del escrofuloso. No os dejeis atraer por las apariencias; no, no fué el virus vacuno la causa de estos males. El brazo fué asiento de una angioleucitis ordinaria, subseguida de flemon ó de adenitis axilar, porque la constitucion del niño tenia condiciones especiales para las flegmasias del sistema linfático, ó quizás, á causa de que, no bien limpiada la lanceta inoculadora, ingertó, con el virus vacuno, algun principio séptico ó flogógeno. Si sobrevino más tarde el escrofulismo, no echeis en olvido lo que os tengo dicho respecto al origen local de las discrasias. La angioleucitis y la adenitis fueron los focos ó puntos de origen de la discrasia escrofulosa.

Pero descartemos estos casos vulgares, que no son pertinentes al punto que ventilamos: ¿puede con la inoculacion de la vacuna transmitirse la sífilis? Lo he dicho ya: sí, en tanto el *vacunífero* sea sifilítico en el período secundario y la lanceta, al tiempo que el virus vacuno, recoja una cantidad mayor ó menor de sangre. Si se quiere llamar *sífilis vacunal* á la que de semejantes inoculaciones resulta, la admito; mas

si se pretende dar á entender que el virus vacuno puede contener simultáneamente el gérmen de la vacuna y el de la sífilis, rechazo este calificativo.

¿Quereis más pruebas? pues atended á los hechos que ha acumulado la experiencia clínica.

Se han visto casos en que fué inoculada vacuna procedente de un individuo sifilítico en un sujeto que no tenia indemnidad ni para la sífilis ni la vacuna, pues ni habia sido vacunado ni habia padecido sífilis. El resultado ha sido: 1.º del 4.º al 5.º dias una erupcion de granos vacunos, que han seguido su evolucion característica, y 2.º, del 15.º al 20.º, chancros indurados, que tambien han recorrido su curso regular, acompañándose de infartos axilares indoloros y subseguidos de las erupciones cutáneas propias del período secundario de la sífilis.

Se ha inoculado vacuna procedente de un sifilítico en un individuo preservado de la vacuna por una inoculacion reciente ó por haber padecido la viruela: en tal caso no ha habido pústulas vacunas y sí tan solo, en el término habitual de la incubacion sifilítica, chancros sifilíticos y sus secuelas.

Un niño sifilítico ha sido inoculado con vacuna procedente de otro niño sifilítico, y se han obtenido únicamente pústulas de vacuna; no han aparecido más tarde chancros indurados.

En los cinco primeros dias de la aparicion de una pústula *vacuno-sifilítica* se ha tomado de ella virus y se ha inoculado en un sujeto enteramente sano y sin indemnidad prévia respecto de la vacuna ni de la sífilis; el resultado ha sido: primero granos vacunos y más tarde chancros sifilíticos.

Se ha cargado la lanceta en la úlcera ó chancro que siguió á la desecacion de una pústula *vacuno-sifilítica*, esto es, del 15.º al 20.º dia ó más adelante: no han resultado pústulas vacunas y sí tan solo chancros sifilíticos.

Por último, en sujetos que padecían ó habían padecido sífilis, se ha ensayado virus de una pústula *vacuno-sifilítica* en los cinco primeros días de su evolución, y la inoculación ha producido pústulas vacunas; tomado más tarde este mismo virus, é inoculado en personas de las antedichas condiciones, no ha dado resultado alguno.

Se vé, pues, en la llamada *sífilis vacunal*, la más completa distinción entre el gérmen de la vacuna y el de la sífilis; debiendo tener en cuenta que en los experimentos que acabo de exponer, se ha tenido especial cuidado de recoger con la lanceta, no solo linfa vacuna cuando la pústula atravesaba por el período *vacunal*, si que también una pequeña porción de sangre.

Digamos en conclusión, que la vacuna de los sifilíticos no lleva en sí más gérmen que el vacuno, careciendo, por consiguiente, de gérmen sifilítico.

En repetidas ocasiones os he dicho que si, numéricamente hablando, la *unidad* es característica del chancro sifilítico, la *pluralidad* lo es del chancro venéreo. No siendo aquel re inoculable, no puede repular en el mismo individuo cuya economía viene preservada de nuevas infecciones por ser el accidente primitivo la manifestación primera del estado diatélico. Por razones opuestas—por ser auto-inoculable y no depender de un estado constitucional—el chancro venéreo puede reproducirse al infinito en el mismo enfermo.

Mas si la *unidad es la regla* en el accidente primitivo de la sífilis, ¿no podrán presentarse excepciones, esto es, casos en que, simultánea ó sucesivamente, un mismo individuo ofrezca dos ó más chancros indurados?

Esta cuestión, según tengo dicho, ha sido ya resuelta por los inoculadores, quienes, en varias ocasiones han obtenido tantos chancros sifilíticos cuantas fueron las incisiones por

las cuales el virus fué ingertado, ya sea en una sola sesion, ya en varias sucesivas, mediando entre ellas pocos dias de intervalo, á contar de la primera. Avanzada la incubacion, las nuevas inoculaciones de virus sifilítico han sido estériles.

Mas si todo esto es cierto en el terreno experimental, en el del contagio accidental ordinario, no hay cosa más rara que la *pluralidad* del chancro sifilítico, y aún cuando es fácil comprender que un individuo, con varias escoriaciones en los genitales, pueda, de resultas de cóito con persona infectada, á su debido tiempo presentar más de un chancro, la clínica nos muestra la rareza de esta *pluralidad*; por lo cual, y á pesar de alguna que otra excepcion, podemos continuar proclamando la *unidad* del accidente primitivo de la sífilis, en contraste con la casi constante *pluralidad*, primitiva ó consecutiva, de las llagas venéreas.

Si interesantes son las excepciones y variedades que puede ofrecer el accidente primitivo por los conceptos hasta aquí expuestos, aun lo son mucho más, para el que quiera hacer minucioso estudio del *chancro primitivo*, las que resultan de la topografía que ocupa.

Visteis que ciertas regiones parecen ser repulsivas al chancro venéreo: el cráneo y la cara se hallan en este caso; solo de inoculaciones experimentales—á no ser hechos sumamente raros—se han visto resultar chancros *blandos cefálicos*. El chancro sifilítico puede aparecer en cualquiera de las regiones de la superficie del cuerpo y aun la de las membranas mucosas accesibles á la vista.

Así, pues, con relacion al sitio, el chancro sifilítico podrá ser *genital* y *extra-genital*. El chancro *genital* es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, á causa de que en ésta es mucho más común el *extra-genital*. Fácil es darse cuenta de este hecho, teniendo en cuenta la mayor frecuen-

cia con que la mujer emplea el recto y la boca en cóitos anormales y la transmision de la sífilis por la lactancia, no olvidando tampoco que la unidad es, segun llevo dicho, regla casi constante en el accidente primitivo.

Enumerando por órden de frecuencia las partes del *aparato genital masculino* en donde aparece el chancro sífilítico, debe figurar en primera línea el surco balano-prepucial, subsiguiendo á éste la mucosa del prepucio, la piel del pene, el limbo del prepucio, el frenillo, el glande, el meato urinario, el conducto uretral, el escroto y el ángulo peni-escrotal.

En los *genitales de la mujer*, las partes en donde más á menudo se observa el chancro diatésico son los labios menores; á estos subsiguen, en órden de frecuencia, la horquilla, el meato urinario, el vestíbulo, el clítoris, el periné y el útero.

La razon de estas preferencias topográficas se halla, por una parte, en la finura de las superficies, de lo cual depende su mayor ó menor predisposicion á desgarrarse durante el cóito ó escoriarse por cualquier otra causa, y por otra, en las condiciones normales ó anormales en que se afectúa la cópula y las mútuas relaciones de los genitales del hombre con los de la mujer.

La mayor frecuencia del chancro sífilítico *extra-genital* en las mujeres, así como lo difícil que les es á las mismas enfermedades reparar y observarse afectos poco dolorosos de las partes sexuales, ha conducido á algunos á creer que el chancro *sífilítico genital* carece en ellas de induracion. Nada más inexacto, pues cuando el accidente primitivo es observado á su debido tiempo, ofrece tantas y tan variadas formas de induracion como en los genitales del hombre.

De estas mismas dificultades de observacion ha surgido

tambien el error, en que han incurrido algunos sifiliógrafos, de suponer que en el bello sexo puede la sífilis iniciarse por accidentes distintos del chancro indurado, tal, por ejemplo, las placas mucosas ó las sífilides eruptivas: el chancro existe, pero pasa desapercibido.

En un hombre, que ocupó el número 6 de la sala de Santa Cruz, pudisteis observar una de las complicaciones que más frecuentemente aparecen en el chancro de la ranura *balano-prepucial*. En este enfermo la induracion creció considerablemente, y extendiéndose á la profundidad del tejido sub-cutáneo del pene, dió lugar á una enorme tumefaccion edematosa, que ocasionó un invencible *fimosis*. La ulceracion propagóse tambien á los tejidos profundos, y los humores del chancro, retenidos por el prepucio ocluso, causaron una postitis con abundante secrecion. Podia, á primera vista, creerse que el prepucio ocultaba un chancro blando; no obstante, la induracion, que se percibia perfectamente á través de los tegumentos, no autorizaba esta confusion. Por lo demás, el pene, péndulo y tumefacto en su porcion balano-prepucial, parecia el badajo de una campana. Si hubiésemos abrigado dudas respecto á la naturaleza de este chancro, hubiéramos apelado á la inoculacion y á buen seguro hubiéramos obtenido resultados *negativos*, los cuales para nosotros habrian sido tan *positivos* en el sentido de la naturaleza sifilítica del efecto, como, en caso contrario, habrian sido probantes del carácter venéreo del mismo.

Mucho se han preocupado los sifiliógrafos del chancro sifilítico *intra-uretral*: uno de los rarísimos casos de chancro uretral profundo debió ser causa de los errores de la escuela hunteriana. Digo *casa raro*, porque en mi experiencia clínica, de acuerdo con la de la mayoría de los sifiliógrafos, solo una ó dos veces me ha sido dado reconocer el chancro sifilítico

uretral mas allá de la fosa navicular. En cambio, alrededor del meato, bien sea circundándole, bien limitado á uno de sus labios, es bastante comun el accidente primitivo, presentándose entonces con un aspecto asaz engañoso. Vereis corroído el meato; mana muy poco pus—á no ser que se complique con blenorragia— el orificio se angosta bastante, por lo cual es más delgado el chorro de la orina y el enfermo acusa alguna pena al expelerlo. Mirando á lo interior del meato, no se ve más que una ligera escoriacion, apenas humedecida por pus claro. Palpando el glande en las proximidades del meato urinario, se percibe una induracion bien manifiesta, que nada tiene que ver con la forma apergamina-da del chancro. Caracteres son estos siempre suficientes para el diagnóstico y que hacen recelar que el trabajo cicatricial dará por resultado una disminucion considerable del calibre dei meato urinario.

Siendo el chancro sifilítico balano-prepucial, el más frecuente en el hombre, no es de extrañar que el accidente primitivo ocupe en la mujer los grandes y pequeños labios de preferencia á las otras regiones de la vulva: todo se explica por las recíprocas relaciones que se efectúan durante el cóito. Por igual razon se comprende que el chancro venéreo ocupe en la mujer con mayor frecuencia la *horquilla*, pues es sabido que el frenillo del hombre es el sitio preferentemente afectado de chancros blandos.

Llegamos, por fin, al chancro sifilítico *uterino*, uno de los más raros de entre los de los genitales de la mujer. Ya los unicistas distinguieron en el cuello del útero unos chancros esencialmente supuratorios de otros que se caracterizan por un tapiz diftérico; ¿no envuelve esta distincion la de los chancros venéreos, que son precisamente los que supuran, respecto de los sifilíticos, que son los pultáceos y

velados por una película de aspecto pseudo-membranoso?

Una observacion, y termino, respecto del chancro extragenital de la mujer. El ano, los pezones y la boca son los sitios en donde de ordinario se observa, fuera de los órganos genitales, el accidente primitivo. Omito insistir en la comprensible etiología de este hecho. Siempre y cuando veais un chancro en el ano, podreis albergar sospechas de su naturaleza venérea ó sifilítica; mas, respecto de los chancros del pezon y de los de la boca, estareis autorizados á augurar que son de índole venérea. <sup>negar</sup> ¿Por qué? Por la rareza del chancro venéreo en las regiones supra-umbilicales y por ser aun más excepcional el *chancro blando cefálico*.

## LECCION XXXIV

### Adenitis sífilítica.—Cloro-anemia y Fiebre sífilítica

#### *Proposiciones :*

1.<sup>a</sup> La *adenitis sífilítica* no debe considerarse como una complicación del chancro, sino como uno de los fenómenos propios del período primario de la sífilis.

2.<sup>a</sup> La *adenitis sífilítica* es poli-ganglionar y bis-inguinal y está constituida por un considerable número de ganglios infartados, de tamaño variable desde el de un guisante, una avellana, una almendra ó una nuez, que no son dolorosos espontáneamente ni á la compresion, duros, como la base del chancro, y que no propenden á supurar, sino á estacionarse por algun tiempo, para luego resolverse.

3.<sup>a</sup> Entre los ganglios infartados, hay uno de mayor volúmen, que es el que tiene más directas relaciones con el chancro, por lo cual se denomina *ganglio anatómico*, llamándose *pléyade* ganglionar al conjunto de todos ellos.

4.<sup>a</sup> La aparición de la adenitis inguinal coincide con el período de reparación del chancro, precediendo á las erupciones del período secundario y aun de ordinario, persistiendo por más ó ménos tiempo durante la evolucion de estas.

5.<sup>a</sup> Aun cuando el proceso flogístico del chancro sífilítico puede reflejarse en los ganglios vecinos, determinando una inflamación flemonosa y supuratoria, es sumamente rara la supuración del bubon sífilítico; cuando acontece, depende de que el chancro ha sido accidentalmente irritado ó inflamado.

6.<sup>a</sup> La adenopatía sífilítica, se diferencia de la venérea: 1.<sup>o</sup>, por ser aquella casi constantemente bi-lateral—la chancrosa puede tambien ser bi-lateral, pero de ordinario es uni-lateral;—2.<sup>o</sup>, por ser poli-ganglionar—la chancrosa es siempre mono-ganglionar;—3.<sup>o</sup>, por ser indolora, dura y nada inflamatoria—la chancrosa es dolorosa, inflamatoria y se reblandece;—4.<sup>o</sup>, por no propender á supurar y si supura, el pus no es reinoculable,—la chancrosa supura siempre, y al abrirse el absceso constituye un chancro ganglionar, reinoculable—.

7.<sup>a</sup> Puede el bubon sífilítico experimentar la degeneración estrumosa ó fungosa, resultando en este caso el *bubon sífilítico-escrofuloso*, de largo curso y análogo á la adenitis estrumosa que puede presentarse en el bubon venéreo.

8.<sup>a</sup> Una de las alteraciones más constantes en el curso del período primario de la sífilis, es una considerable disminución proporcional del número de corpúsculos hemáticos; trastorno hemático que se revela por el cuadro sintomatológico que caracteriza la oligoemia, á saber: palidez del tegumento y de las mucosas, fatiga al menor ejercicio, hiperquinesia cardiaca, cefalea y otras neuralgias, etc., etc.

9.<sup>a</sup> La fiebre sífilítica pasa á veces desapercibida durante los síntomas del período primario; cuando se observa, puede revestir un tipo intermitente, más ó ménos irregular, simulando una calentura palúdica, ó bien una forma remitente, parecida á la fiebre prodrómica de la viruela, ó, en fin, una marcha vaga, presentando unas veces las apariencias del tipo remitente y otras las de las intermitentes.

SEÑORES: Cada vez que entre en la clínica un enfermo con chancro, venéreo ó sífilítico, vereis que apenas he terminado el detenido exámen que requiere la llaga, procedo á una minuciosa palpacion de las ingles. Excuso decir que en los casos en que la llaga sífilítica apareciera en los labios ó cualquiera otra parte de la boca, dirigiria mi exploracion á la region supra-hióidea y cervical lateral, y si el efecto primitivo se presentase en un punto de la mano, la flexura del brazo y el sobaco serian campo de mis investigaciones táctiles.

Muy rara vez, sobre todo tratándose de chancro sífilítico, deja de ser positivo el resultado de semejante exploracion. Vosotros mismos os habeis ya familiarizado con ella, y no solo estais ya en posesion del hábito de diferenciar la adenopatía sífilítica primitiva respecto del bubon simple, resolutivo ó flemonoso y de la adenitis venérea, sino que sabeis tambien reconocer los aspectos y variedades con que aquella puede presentarse.

Nunca son más pronunciados los bubones sífilíticos que cuando el chancro ha entrado ya en el período de su reparacion, y es tanto lo que conocemos su modo de ser, es decir, su indolencia y falta de reaccion, y su manera de terminar por resolucion, despues de este estacionamiento más ó ménos

largo, que aun cuando no los veamos ni toquemos—pues en muchísimos casos los síntomas del período primitivo cuando el enfermo viene á nuestra observacion pertenecen ya á la historia—no os basta el relato del interesado para juzgar con certeza de la preexistencia de la adenitis sifilítica. Todos los enfermos que cuentan que, en tal ó cual época, tuvieron uno ó mas *incordios*, que tal ó cual profesor, boticario ó curandero consiguió resolver con parches, unturas ó brebajes, podeis estar seguros de que presentaron adenitis sifilítica. ¡Cuántas ocasiones, examinando con detenimiento las ingles,—regiones á que me place llamar *los archivos cronológicos de la sífilis*—cuántas veces, digo, despues de muchos meses y aun años de disipado el accidente primitivo, hemos conseguido descubrir más de un representante de la *pléyade ganglionar!*

*Pléyade ganglionar*, he dicho, y por tal entendemos, sirviéndonos del lenguaje, frecuentemente pintoresco, de Ricord, el conjunto de pequeños y numerosos ganglios aislados, movedizos, indoloros y duros que se tocan de ordinario en ambas ingles y algunas veces en una sola. Hemos visto que la *unidad* era condicion característica del chancro venéreo: la *pluralidad*, ó por mejor decir, la *multiplicidad* lo es del bubon diatésico. Esos infartos ganglionares no son reflejo del afecto de los genitales ni resultado del transporte del virus elaborado en el chancro: su aparicion tiene las mayores semejanzas con una erupcion diatésica, una erupcion poli-ganglionar del vicio sifilítico; son, pues, una de las más elocuentes expresiones de una enfermedad constitucional y específica. Por esto, los infartos no se circunscriben á un ganglio ni á una ingle; sino que, á la vez que poli-ganglionares, son bis-inguinales.

La *pluralidad* del bubon sifilítico en contraste con la *unidad*

del chancro, da muestra de la tendencia que tiene la sífilis á generalizar sus manifestaciones á medida que el agente virulento despliega, con transcurso de tiempo, sus actividades morbígenas. De la unidad del chancro, se pasa á la pluralidad de la adenitis y de éste á la generalidad y ubicuidad de las erupciones cutáneas. Se necesitará que transcurra todo el período secundario, para que las lesiones sifilíticas vuelvan á circunscribirse, á presentarse en número reducido, bien que á mayor profundidad de los tejidos.

Nada tan variable como el volúmen de los ganglios infartados. Son á veces tan pequeños, que no parece sino que se toque un gran número de guisantes ó de habichuelas diseminados debajo de la piel. Es comun que, en tales casos, el enfermo nos diga que estos ganglios son en él habituales. No lo creais: un individuo linfático presentará en las ingles alguno que otro ganglio más ó ménos voluminoso; pero no tan gran número de éstos que constituyan una *pléyade*.

Los infartos ganglionares sifilíticos no son de naturaleza flogística, sino más bien neoplasmática. De ahí que se presenten indoloros, movedizos, aislados unos de otros y sin la menor propension á convertirse en flemones ni en abscesos. Siempre, á la cabecera de los enfermos, tratándose de bubones venéreos, os digo: «Este infarto no propende á supurar, y con toda probabilidad no supurará.» ¿Por qué esta especie de reserva en el pronóstico? ¿A qué esta vacilacion respecto al término de los infartos ganglionares de índole sifilítica? Porque, si bien es cierto que, por su índole específica no tienen aptitudes para la inflamacion flemonosa ni para la supuracion consecutiva, los bubones sifilíticos no se hallan exentos de las contingencias de la accion de agentes irritantes que pueden obrar sobre el chancro y acarrear la inflamacion simpática. Vosotros mismos, en el presente

curso, me habeis visto dilatar dos bubones sifilíticos, extraer de ellos unas cuantas gotas de pus flemonoso, resultando despues, alrededor del bubon sifilítico, una cavidad abscesal, de todo punto simple, cuyo aspecto ni por un momento recordaba el chancro ganglionar. Es decir, pues, que la supuracion del bubon sifilítico, lejos de ser la regla, es un fenómeno accidental ligado á una inflamacion tambien accidental del chancro.

La condicion que más revela parentesco entre el chancro y la adenitis de índole específica es la *induracion* de los ganglios. Ricord lo ha dicho: «la induracion del bubon es la misma induracion de la base del chancro.» La textura de uno y otro tejido—el que indura el chancro y el que indura el bubon en nada difieren: la misma neoplasia para el uno que para el otro; ninguna es producto de la inflamacion, sino resultado de un vicio de nutricion suscitado por el gérmen sifilítico. Pronto, ocupándonos de la anatomía patológica, dejaremos dilucidado este punto y ventilada la interesante cuestion de la unidad histológica del *sifiloma*.

Siempre, en medio de los numerosos ganglios que constituyen las *pléyades inguinales*, aparece un bubon más voluminoso que los otros, pero que, aparte su volúmen, en nada difiere de ellos, pues, al par que es duro y movable, no es doloroso, ni está inflamado, ni propende á supurar: este es al que Ricord dió el nombre de *ganglio anatómico*, en razon á que le consideraba en relacion directa con los vasos linfáticos del lugar en donde radica el chancro.

Reasumiendo los caracteres culminantes y distintivos de la *adenitis sifilítica* señalaremos:

1.<sup>a</sup> La *bilateralidad*, esto es, el hallarse ganglios infartados en regiones homónimas, siempre y cuando el chancro ocupa alguno de los sitios de la cabeza ó tronco.

2.<sup>a</sup> La *multiplicidad* de los infartos, constituyendo la llamada *pléyade ganglionar*, predominando, empero, por su volúmen, uno de los ganglios, el cual, por considerársele directamente relacionado con los vasos linfáticos del lugar que ocupa el chancro, se llama *anatómico*.

3.<sup>a</sup> El *aislamiento* de los ganglios, de manera que, aun cuando muy numerosos, son de fácil contar, pues no hay una atmósfera de tejido conjuntivo inflamado ó infiltrado que les confunda en una masa comun.

4.<sup>a</sup> La *indolencia*, ó falta de sensibilidad, así de un modo espontáneo como á las provocaciones de la compresion y del movimiento, muestra evidente de

5.<sup>a</sup> La *ausencia de trabajo inflamatorio activo*, la cual viene, por otra parte, comprobada por la falta de rubicundez y de calor anormal.

6.<sup>a</sup> La *movilidad*, consecuencia necesaria del aislamiento y falta de reaccion flemonosa de los ganglios infartados.

7.<sup>a</sup> La *tendencia espontánea á la resolucion*, despues de un período de estacionamiento más ó menos duradero; no presentándose la *supuracion* sino en casos excepcionales y como un efecto simpático accidental, que corresponde á un estado de inflamacion, tambien accidental, del chancro sifilítico.

Y 8.<sup>a</sup> *Induracion* de idénticas condiciones y de la misma índole que la que se percibe en la base del chancro.

Falta ahora tan solo hacer un parangon con la adenitis venérea: la *bilateralidad*, que es constante en el bubon sifilítico, es casi excepcional en el venéreo. Este no es *poli*, sino *mono-ganglionar*. Lejos de presentarse el bubon venéreo aislado, movable é indoloro, adhiere pronto al tejido conjuntivo que le rodea, pues este se inflama, causa dolores muy vivos, que aumentan á la presion y tiene irresistible tendencia á

abscedarse y abrirse determinando un *chanero ganglionar*, reinoculable hasta el infinito.

Señores: cuando se llega á los confines del periodo primario de la sífilis, aproximándose á la época de las manifestaciones secundarias, es casi constante observar un estado de *anemia*, á veces muy acentuado, por el cual todo el mundo, incluso las personas profanas, vienen en conocimiento de que el individuo es presa de una enfermedad general. El paciente, á quien hasta entonces solo le habia aquejado un afecto ulceroso, con la *pléyade ganglionar* concomitante, no goza por muchos dias de la alegría de ver decididamente encaminado á la curacion su chanero y en vías de resolverse sus bubones. Se siente enfermo, quebrantados los miembros, inepto para el trabajo, desea quedarse en la cama, moléstanle cefalalgia, vértigos y dolores neurálgicos vagos, se halla inapetente y todos cuantos le ven reconocen que su semblante es de enfermo. En efecto, su tez es pálida, descoloridas las mucosas labial y conjuntival, el pulso es febril y el corazon late con todas las condiciones de la hiperquinesia nerviosa, dependiente de la anemia, esto es, con mayor frecuencia que de ordinario, con mayor impulso y con soplo.

Hay, en efecto una anemia, primero demostrada por Grassi y comprobada despues por Wilbonchevich de Moscou, caracterizada por una considerable disminucion del número de glóbulos rojos y proporcional aumento de los blancos y de la albúmina. En esta anemia, influye notablemente la accion de los mercuriales, de manera que siendo por término medio 4.731,360 el número de los glóbulos rojos en el hombre sano, baja esta cifra á 4.092,490 en el sifilítico mercurializado; lo cual da una disminucion de 638,870; mientras que los glóbulos blancos aumentan hasta contarse de 67,600 á 97,150; lo

cual arroja un aumento de 550 y así, mientras en estado normal se cuenta un glóbulo blanco por cada 530 glóbulos rojos, en la anemia sifilítica, hay uno de aquellos por cada 448 de estos últimos.

La disemia sifilítica se anuncia también generalmente por *calentura*, que puede presentarse bajo tres formas ó tipos. Hasta que el chancro ha llegado á su período de reparacion, esto es, desde la tercera á la quinta semana, no se presentan los fenómenos febriles, y suelen ir precedidos de cefaleas, quebrantamiento de fuerzas y un escalofrío más ó ménos intenso.

En el *tipo continuo remitente*, la temperatura es constantemente elevada y el pulso frecuente; pero vienen exacerbaciones cotidianas, que pueden elevar el termómetro hasta 40°. Frecuentemente hay lumbago, cefalalgia, inyeccion del semblante y quebrantamiento general; el aspecto del enfermo tiene las mayores analogías con el de la fiebre de invasion de las enfermedades eruptivas ó tíficas. Un jóven afectado de chancro indurado en el período de reparacion—4.º septenario—vino á mi consulta particular, quejándose de una gran cefalalgia, abatimiento general, raquialgia é inapetencia; tenia fiebre—110 pulsaciones—y disfagia, con sequedad y rubicundez en la garganta. Le aconsejé guardase cama, anunciándole la próxima erupcion del exantema sifilítico. Al dia siguiente, hubo de llamar mi atencion el grande ascenso de la temperatura, así como la extraordinaria disfagia y subida rubicundez de las fauces: sospeché que no era una dermatosis sifilítica la que estaba en puerta, sino una escarlatina. Así fué, en efecto: al tercer dia estaba todo su cuerpo cubierto de eritema escarlatinoso, que siguió todas las evoluciones que le son propias, hasta terminar por una descamacion en grandes láminas. El enfermo curó y, á pesar de

que desde entonces han trascurrido ya tres años, este sujeto no ha visto ningun síntoma secundario de sífilis. ¿Será que la evolución eruptiva del gérmen escarlatinoso, coincidiendo con la evolución, también eruptiva, del gérmen sifilítico, extinguió la virtud morbígena de este último? Este caso podría figurar perfectamente al lado de otro de *pénfigo agudo*, sobrevenido á una jóven sifilítica, en su período primario, que vino á la clínica, ya mercurializada hasta el tialismo. Terminado, despues de varios y molestos brotes, el pénfigo agudo generalizado, esta jóven resultó curada de todos sus males, sin que se presentase, ni antes ni despues, ningun sintoma secundario.

En su forma *intermitente*, la fiebre sifilítica remeda muy bien á veces las calenturas palúdicas. Sea ejemplo de esto un jóven de Barcelona, que en verano de 1881, visitando la ciudad de Roma, hubo de abrazar á una romana; un chancro *enano* se le presentó en el prepucio, y tres semanas despues sintióse tan malo, que se creyó atacado de la *malaria*. De tal diagnosticaron su enfermedad los profesores de Roma á quienes consultó. Inútilmente tomó quinina y arsénico: todos los dias, al caer la tarde, le invadía el frío, seguía calor y sudaba hasta la madrugada. En tal estado regresó á Barcelona y vino á mi consulta. Reconocí en la *induración* el reciente vestigio del chancro y palpé en las ingles la *pléyade ganglionar*. Con esto, y en vista del efecto negativo de los antitípicos, tuve suficiente para diagnosticar *fiebre sifilítica de tipo intermitente* y razon bastante para plantear la medicación mercurial, que en tres dias cortó los accesos febriles. Poco tardaron en aparecer sífilides exantemáticas, que vinieron á corroborar mi diagnóstico.

Hay, por último, una forma *errática* de la calentura sifilítica, que, como las erráticas de origen palúdico, se caracteriza

por la irregularidad con que aparecen los paroxismos y por la poca uniformidad de los períodos de apirexia, los cuales alternan vagamente con los días de acceso febril.

Sea el que quiera el tipo de la *calentura sifilítica*, son siempre de notar los efectos negativos de los medicamentos anti-típicos. La especificidad de la disemia sifilítica no está subordinada á la especificidad curativa de la quina; el mercurio, el soberano específico de la sífilis, es el único específico de la fiebre sifilítica.