

LECCION XXXV

Anatomía patológica.—Diagnóstico.—Pronóstico y tratamiento del accidente primitivo.

A.) Anatomía patológica.

Proposiciones:

1.^a El tejido que forma la sustancia indurada del chancro sifilítico es un neoplasma, constituido por células, redondas ó fusiformes, parecidas á las del tejido embrionario, con un contenido granuloso y uno ó más núcleos voluminosos, cuyas células se hallan estrechamente retenidas en un estroma, ó sustancia fundamental, muy apretado.

2.^a Por el incremento gradual del tejido de nueva formacion, se levantan los elementos del dermis y de la epidermis, constituyendo la *pápula* ó *tubérculo inicial*, la cual al ulcerarse deja al descubierto las papilas dérmicas, más ó ménos desmoronadas y sembradas de granulaciones en su superficie.

3.^a La neoplasia chancrosa es susceptible de ser reabsorbida, atrofiándose las células y los núcleos y restaurándose el tejido dérmato-epidérmico preexistente.

4.^a Los mismos caracteres histológicos que presenta el tejido de induracion del chancro, se encuentran en la sustancia de la adenitis sifilítica: células embrionarias granulosas, con núcleos, en un estroma apretado, susceptibles de ser reabsorbidas, determinando la resolucion de los infartos ganglionares y de experimentar la degeneracion caseosa, en cuyo caso constituyen el *bubon sifilítico-escrofuloso*.

5.^a Sin ser específica de la sífilis, la neoplasia á la que varios autores han dado el nombre de *sifiloma*—puesto que células embrionarias con núcleos, en un estroma apretado, se encuentran en muchísimas otras lesiones en que interviene la inflamacion crónica,—se puede admitir la unidad histológica de las

esiones de naturaleza sifilítica, cualquiera que sea el período y el tejido en que se presenten, y así la sustancia del chancro indurado y la de la adenitis sifilítica son idénticas á la de los gomas, sífilides y demás lesiones correspondientes á períodos más adelantados del proceso sifilítico; si existen diferencias entre estos procesos, dependen de la mayor ó menor tendencia á la degeneracion caseosa y consiguiente ulceracion del tejido.

B.) Diagnóstico.

1.^a En los primeros dias del período inicial, el chancro no ofrece caracteres propios que bastan á distinguirlo de otros muchos afectos que pueden presentarse en los genitales.

2.^a En un periodo algo más adelantado, la induracion y los infartos ganglionares constituyen los fenómenos más importantes para establecer el diagnóstico del accidente primitivo.

3.^a El *herpes genital* es uno de los afectos que más se pueden confundir con el chancro sifilítico: para el diagnóstico diferencial se tendrán en cuenta los siguientes caracteres:—la erupcion del herpes va acompañada de sensacion de ustion, mientras que el chancro sifilítico es indoloro desde el principio;—en el herpes no hay induracion basilar; esta es constante en el chancro;—el herpes ó no presenta infarto inguinal, ó éste es de naturaleza inflamatoria;—los contornos de la úlcera que resulta del herpes genital son irregulares y asimétricos; los del chancro sifilítico son simétricos y regulares;—en el herpes la reparacion se efectúa rápidamente y poco despues de la ulceracion; en el chancro la úlcera se extiende lentamente y entra y marcha tambien con lentitud por el período de reparacion.

4.^a En la mujer puede, en ciertos casos, el chancro sifilítico confundirse con la *vulvitis crónica*, pues en tal caso puede ser la induracion poco manifiesta: un corto período de espectacion, y el efecto, favorable ó nulo, de los emolientes, bastará para esclarecer el diagnóstico.

5.^a Los caracteres diferenciales entre el *chancro sifilítico* y el *simple*, son los siguientes: 1.^o incubacion larga, en el sifilítico; corta ó nula, en el simple; 2.^o el sifilítico procede de otro chancro de la misma índole ó de la sangre de un individuo sifilítico; el venéreo es producto de un chancro venéreo ó de un bubon chancroso abierto; 3.^o el sifilítico es casi siempre único y raras veces múltiple; el venéreo es casi siempre múltiple, aun cuando á veces, por ser confluyente, parezca único; 4.^o el sifilítico no es inoculable en el mismo individuo; el venéreo es indefinidamente auto-inoculable; 5.^o el sifilítico principia por una erosion simple ó por una pápula; el venéreo por una pústula; 6.^o el sifilítico, en su período de estado, forma una úlcera de bordes cortados á bicel, de fondo pultáceo y con escasa supuracion; el venéreo, en su completo desarrollo, es una úlcera de bordes perpendiculares al fondo y provista de copiosa supuracion; 7.^o el chancro sifilítico es poco ó nada doloroso; el venéreo causa bastante dolor; 8.^o el chancro sifilítico presenta en su base una induracion con apariencia cartilaginosa; el venéreo carece de induracion ó, si la tiene, es puramente inflamatoria; 9.^o el chancro sifilítico se acompaña de infartos ganglionares múltiples, duros, indoloros y sin propension á supurar en las regiones vecinas; el bubon venéreo es único, doloroso, marcha á la supuracion y al abrirse deja el chancro ganglionar, re-inoculable; 10.^o el chancro sifilítico tiene escasa disposicion á la gangrena y al fagedenismo; en el venéreo son frecuentes ambas complicaciones.

C.) Pronóstico.

- 1.^a A no mediar complicaciones de fagedenismo ó gangrena, que pueden causar destruccion de partes importantes, el chancro por si mismo es afeccion leve.
- 2.^a Cuanto más corta es la duracion del período de incubacion que precede al chancro, tanto más grave y maligna deberá conceptuarse la sífilis.
- 3.^a Nada autoriza á pronosticar de la gravedad ó levedad de la sífilis por la gravedad ó levedad del chancro.

D.) Tratamiento.

- 1.^a La cauterizacion y aún la escision del chancro sifilítico con la mira de hacer abortar la enfermedad es completamente ineficaz, á causa de que el chancro no es un afecto local, sino expresion de una diátesis; solo podrá ser útil la cauterizacion cuando sobrevenga complicacion de fagedenismo.
- 2.^a La continencia, así como la privacion de bebidas espirituosas, es de rigor para evitar las complicaciones del chancro.
- 3.^a El tratamiento tópico debe ser muy sencillo y únicamente encaminado á mantener la limpieza de la úlcera, y á preservarla de roces y violencias que pudieran enconarla; al efecto bastan lociones con vino aromático solo ó ligeramente fenicado.
- 4.^a La induracion persistente de la base del chancro no reclama tratamiento especial, pues la medicacion anti-sifilítica y la expectacion bastan siempre para curarla.

SEÑORES: Los elementos anatomo-patológicos que entran en la estructura del chancro sifilítico primitivo deben buscarse en la intimidad del tejido que constituye la sustancia indurada. Córtese una delgadísima capa de este tejido en sentido perpendicular á su superficie, y convenientemente tratada por un líquido coloreante, colóquese bajo el objetivo del microscopio: no aparecerán alteraciones hiperémicas, ni dilataciones vasculares, ni derrames hemorrágicos, si no los elementos anatómicos característicos de la neoplasia del tejido conjuntivo, á saber, células redondas ó fusiformes, repletas de una sustancia granulosa y provistas de voluminosos núcleos. Son verdaderos corpúsculos embrioplásticos, que en nada difieren de los que se observan en los primeros tiempos ido de cicatriz, ni de los que aparecen siempre como

producto de la inflamacion crónica. Una sustancia fundamental, constituida por fibras ó trabéculas que circunscriben espacios muy reducidos, retiene los mentados corpúsculos, los cuales, por hallarse en gran número en tan pequeñas areolas, dan lugar á un tejido apretado y denso, al que se debe la sensacion de dureza fibro-cartilaginosa que caracteriza el chancro sifilítico.

La marcha de la neoplasia del chancro sifilítico es siempre lenta y gradual, y el exámen sucesivo de sus evoluciones permite descubrir el mecanismo que preside al desarrollo de los diferentes períodos de su existencia. Una vez la irritacion específica ha determinado la hiperplasia de corpúsculos embrionarios, depositándose éstos entre las mallas del tejido dérmico, producen un abultamiento circunscrito, que á su vez levanta las capas epidérmicas: de ahí la pápula ó el tubérculo inicial. Empujadas al exterior las celulas epidérmicas por el incesante incremento de la neoplasia, sobreviene su exfoliacion y desde este momento, como es consecuente, las papilas dérmicas se hallan al descubierto: queda establecida la ulceracion. Entonces se ve que las papilas del dérmis han perdido su integridad: su superficie se desmorona, al propio tiempo que se cubre de granulaciones y de células plasmáticas, las cuales, conglutinándose y concretándose por espontánea desecacion, forman la capa pultácea del chancro. Así continúan las cosas por largo tiempo, siempre en incremento gradual, aunque lento, de la lesion, y esto es precisamente lo que constituye el período del progreso del chancro.

¿Cuándo cesará de crecer el chancro y cuándo comenzará su período de reparacion? En el preciso momento en que las células y los núcleos de nueva formacion comienzan á atrofiarse y á perder su vitalidad para experimentar la metamorfosis grasienta y su subsiguiente reabsorcion. Entonces, en

ausencia del tejido patológico, el dermis y la epidermis restaurarán la pérdida de sustancia que han experimentado: cicatrizará la úlcera, y más tarde, si no hay causa que perturbe la marcha regresiva, se desvanecerá la induración.

Si de la histología del chancro pasamos á estudiar la del bubon sífilítico, nos convenceremos de la identidad de ambos procesos morbosos. Estroma de tejido conjuntivo normal con múltiples y angostos espacios areolares, en los cuales se acumulan numerosas células granulosas con grandes núcleos, verdaderos corpúsculos embrionarios, tal es la estructura de la adenitis sífilítica concomitante con el chancro. No sin razón, pues, pudo decir Ricord, que la induración del bubon es la misma que la del chancro sífilítico. Añadid que esta neoplasia, como la chancrosa, propende á la reabsorción espontánea, terminando por la resolución de los infartos, y no dudeis que lo mismo que ocurre en el tejido de la base del chancro, se efectúa en el seno de los ganglios vecinos.

Mas, así como el bubon venéreo, y aun mas el simple, puede hacerse asiento de una caseificación que le transforme en adenitis estrumosa, así tambien uno ó varios de los bubones sífilíticos pueden transformarse en escrofulosos, desde el momento en que las células de nueva creación experimenten la mencionada metamorfosis, dándose entonces el caso, bastante excepcional por cierto, de una adenitis sífilítica que se hace asiento de una supuración sero-purulenta, de larguísima duración y frecuentemente rebelde á todos los tratamientos, sin excluir los específicos.

Tenemos, pues, que la fórmula anatomo-patológica del accidente primitivo puede expresarse en los siguientes términos: neoplasia formada de células granulosas, con grandes núcleos, contenidas en un estroma de tejido conjuntivo

de areolas muy apretadas, con natural tendencia á las metamórfofis regresiva y á la reabsorcion. Pero esta neoplasia ¿es idéntica en todas las producciones de la sífilis, cualquiera que sea la época y el tejido en que se presenta? ¿Puede admitirse un tejido patológico específico de la sífilis, al cual, por lo mismo, convenga el nombre de *sifiloma*, que algunos histólogos le han dado? ¿La especificidad de la sífilis se revela por la especificidad histológica de sus productos?

Los interesantes trabajos de Virchow demostrando que los elementos constitutivos de los gomias sifilíticos y sus ulteriores evoluciones, así en el tejido conjuntivo libre como en el óseo y el visceral, son idénticos á los que entran en la estructura de la induracion del chancro, conducen á admitir la *unidad* del *sifiloma*. En todas partes, en efecto, así se trate de lesiones correspondientes al período primario, como de las del secundario y terciario y aun de las viscerales, las células granulosas y los núcleos voluminosos caracterizan los productos sifilíticos. Solo es diferente el término de estos procesos, pues mientras la resolucion es, por decirlo así, constante en los accidentes primarios y secundarios—placas mucosas, sífilides, etc.—en los correspondientes al terciario y visceral es mucho más frecuente la degeneracion caseosa. No vemos, pues, inconveniente, en el estado actual de la ciencia, en proclamar la *unidad* histológica de la sífilis; pero de que el producto de la sífilis sea en todas partes idéntico, ¿se deduce que este mismo producto sea específico, es decir, propio y exclusivo de esta enfermedad?

Para optar por la afirmacion, seria preciso que ese estroma infiltrado de células y granulaciones, no se presentase sino al influjo de la sífilis; que siempre que apareciese este tejido pudiésemos decir que existe sífilis. ¡Cuánto distan de ser así las cosas! Las células granulosas, los corpúsculos

embrionarios infiltrando el tejido conjuntivo, son producto constante de la inflamacion crónica, cualquiera que sea el tejido en donde radiquen. La neoplasia iuflamatoria crónica es en todas partes idéntica, y si el proceso sifilítico ofrece los elementos de las flegmasias crónicas, es porque crónicos son los procesos irritativos de la sífilis. Digamos, pues, que si bien es lógico admitir la unidad del *sifiloma*, los hechos están en contra de la especificidad histológica de esta neoplasia.

Señores: correria próximo riesgo de equivocarse el que pretendiese diagnosticar el chancro sifilítico desde el punto en que aparecen sus manifestaciones iniciales. Tal sujeto refiere que hace dos ó tres semanas tuvo un cóito sospechoso, en que, por la violencia del acto, se produjo una leve escoriacion en el prepucio, la cual cicatrizó al dia siguiente, no observándose novedad hasta el que precedió al de la consulta, en que notó una manchita algo elevada en el mismo sitio en donde anteriormente habia tenido la escoriacion. Hé aquí un caso en que concurre todo el conmemorativo posible en favor del diagnóstico de chancro sifilítico. ¿Podríamos, con tan claros antecedentes, expresar sin vacilacion nuestro concepto clínico? ¿Estaríamos autorizados á pronunciar el diagnóstico de *chancro sifilítico*? No; y el que tal hiciera se expondría á verse burlado, á causa de que el tubérculo inicial podria no ser más que el principio de una pústula de ectima, ó la mácula precursora de una vesícula de herpes.

Vale, pues, la pena de esperar dos ó tres dias, limitándose entre tanto á expresar nuestros recelos, sin pronunciar ningun diagnóstico positivo, hasta tanto que la pápula se haya ulcerado é indurado su base. En presencia de estos dos ca-

racteres—ulceracion é induracion—y mayormente si á ellos se agregan infartos indolentes de las ingles, el diagnóstico del *chancre sifilítico* se hallará exento de toda duda.

Recordad en este punto los caracteres del chancre sifilítico, y hallareis que las dos únicas afecciones que podrian confundirse con él—el *herpes genital* y el *chancre venéreo ó simple*—se hallan perfectamente distinguidos por muchos conceptos.

Veamos primero el diagnóstico diferencial respecto del *herpes de los genitales*.

La erupcion inicial del chancre sifilítico es tan indolora, que muchas veces pasa desapercibida para el enfermo; las mujeres no tienen conocimiento de la existencia del chancre hasta que la úlcera ha hecho grandes progresos. Todo lo contrario acontece en la erupcion del herpes de los genitales, cuya presencia se anuncia al paciente por una sensacion de ardor y ustion bastante incómoda.

He dicho y repetido que la induracion de la base, bajo la forma plana, anular, proeminente ó excavada, es el carácter más sobresaliente de la úlcera sifilítica; el *herpes* carece en absoluto de toda clase de induracion.

La adenopatía múltiple, dura, movable, indolora y bis-inguinal, acompaña constantemente al chancre sifilítico; en el *herpes de los genitales*, ó no hay reflejos ganglionares en las ingles, ó cuando existen, la adenitis es francamente inflamatoria, esto es, caliente, dolorosa y propensa á supurar y á resolverse, como todas las flegmasias simpáticas de los ganglios.

No habreis olvidado la característica simetría de la úlcera sifilítica: sea circular, oblonga ú ovóidea, sea grande ó pequeña, esté en su principio, ó en el período de progreso, de apogeo ó de reparacion; el chancre sifilítico es siempre divi-

sible en dos mitades perfectamente iguales. Los contornos de las ulceraciones del *herpes* de los genitales son siempre irregulares y asimétricos, á causa de que la acumulacion de las vesículas da lugar á que los círculos limitantes de aquellas se reentren y confundan.

El chancro sifilítico es notable así por la lentitud con que se extiende y profundiza, como por la pausa con que marcha en el sentido de la reparacion: es, pues, muy largo el proceso del chancro sifilítico. El herpes de la mucosa de los genitales corre con tal rapidez, que apenas es observable en su período de vesiculacion, y las exulceraciones que deja son tan poco duraderas, que en corto número de dias aparecen recubiertas de epidermis.

Padece la mujer una inflamacion de la vulva, con erosion de los tegumentos, cutáneos ó mucosos, que así puede aparecer espontáneamente, como ser efecto de violencias exteriores y particularmente del cóito. Podria esta *vulvitis crónica* ser causa de confusion con el chancro sifilítico, pues, segun hemos visto, en los genitales femeninos la induracion es á veces muy poco manifiesta. En tales casos es cuando más se siente la necesidad de no apresurarse en el diagnóstico, máxime si la cuestion reviste carácter médico-legal. Trátese el afecto con simples emolientes—fomentos, cataplasmas, baños ó pomadas—y si el mal cede pronto á estos remedios, será evidente que no se ha combatido un chancro, sino una flegmasia vulgar.

En todas las obras de sifiliografía figura un cuadro sinóptico del *diagnóstico diferencial* entre los dos chancros: permitid que os exponga el que se lee en el artículo *Sífilis* de la *Enciclopedia internacional de Cirujía*, por el profesor *Arturo van Harligen*.

CHANCRO SIFILÍTICO

- 1.º Incubacion media de 15 á 35 días.
- 2.º Procedente del contagio de un chancro, de una lesion sifilítica secundaria secretante, ó, en algunos casos, de la sangre de un individuo afectado de sífilis secundaria.
- 3.º De ordinario simple, raras veces múltiple, nunca confluyente.
- 4.º No inoculable al enfermo.
- 5.º Comienza por una erosion simple ó, en ciertos casos, por una pápula.
- 6.º Llegado á su completo desarrollo, el chancro sifilítico es una ulceracion superficial, de bordes inclinados, que se confunde insensiblemente con los tejidos vecinos; el centro en parte cubierto por una falsa membrana; los bordes de un rojo vivo y por lo comun irregulares; supuracion muy poco abundante.
- 7.º El chancro sifilítico es raras veces doloroso.
- 8.º Entre 18 casos por ciento, la base está indurada; es una induracion elástica, cartilaginosa, que no tiene ninguno de los caracteres de la induracion inflamatoria.
- 9.º Los ganglios linfáticos de las inmediaciones aumentando volúmen, se vuelven duros y cartilagosos y no supuran; algunas veces se induran tambien los vasos linfáticos.
- 10.º El chancro sifilítico da una reaccion local muy poco marcada; tiende á curarse espontáneamente; se ulcera muy superficialmente; raras veces termina por fagedenismo; tiene una marcha regular.

CHANCRO VENÉREO

- 1.º No tiene incubacion.
- 2.º Procedente del contagio de un chancro venéreo ó de un bubon chancroso supurado.
- 3.º Casi siempre múltiple; á menudo confluyente.
- 4.º Indefinidamente auto-inoculable. El pus del bubon supurado es igualmente inoculable.
- 5.º Comienza por una vesico-pústula.
- 6.º Llegado á su completo desarrollo, el chancro venéreo es una úlcera de cierta profundidad, cuyo fondo está cubierto de una especie de detritus orgánico, mezclado con pus. Los bordes son casi perpendiculares y perfectamente limitados.
- 7.º El chancro venéreo es casi siempre doloroso.
- 8.º El chancro venéreo se acompaña frecuentemente de una dureza inflamatoria, pero nunca de induracion sifilítica.
- 9.º El chancro venéreo se acompaña á menudo de adenitis sifilítica, supurando alguna vez—nosotros decimos siempre—y pudiendo producir un pus inoculable.
- 10.º El chancro venéreo es una lesion local bastante importante; tiene gran tendencia á ulcerarse; sigue una marcha muy regular y no tiene tendencia á curarse, como el chancro sifilítico. El fagedenismo y la gangrena son complicaciones relativamente frecuentes en el chancro venéreo.

Señores: Con decir que muchísimas personas en plena sífilis secundaria ó terciaria, ignoran ó no conservan el me-

nor recuerdo de haber padecido chancro ni adenitis, queda significada la levedad del *pronóstico* del accidente primitivo, considerado como simple lesión local de los tejidos. Sabemos, sin embargo, que no hay sífilis adquirida sin chancro ni infartos ganglionares concomitantes, por lo cual apenas vemos una sífilide, una placa mucosa, un goma ó cualquier otro síntoma sospechoso de sífilis, que no nos creamos obligados á examinar detenidamente los genitales y las ingles, en busca de algun vestigio de los fenómenos primarios. ¡Cuántas veces el médico es quien demuestra al enfermo la presencia de estas lesiones!

Claro está que al hablar del chancro en términos tan liasonjeros, no me refiero á las complicaciones de que puede ser asiento, pues no hay quien no entienda que, si sobreviene fegedenismo ó gangrena, aparte las destrucciones de que pueden ser objeto órganos de mayor ó menor importancia por el papel que desempeñan en el aparato genital, en las mamas, en el recto ó en la boca, hay el peligro inherente á las hemorragias y á las copiosas supuraciones, que á veces agotan en breve tiempo las fuerzas del enfermo y le conducen al sepulcro. Por fortuna, tanto la gangrena como el fegedenismo, en sus diferentes formas, son mucho ménos frecuentes en el chancro indurado que en el blando.

Estudios bastante recientes, pero que aun no tienen toda la sancion clínica que fuera de desear, conducen á creer que la malignidad de la sífilis está en razon inversa de la duracion del período de incubacion. De ser cierto este principio, bastaria saber lo que ha tardado en aparecer el chancro desde que tuvo lugar el acto del contagio, para decir si será grave ó leve el proceso sífilítico. Todos comprendereis las dificultades que se han de presentar en la práctica para fundar el pronóstico en estos principios: ¿cuándo tuvo lugar

el cóito infectante? ¿desde cuándo debe comenzarse á contar el periodo de incubacion? Estas cuestiones son frecuentemente insolubles por las noticias que nos proporciona el enfermo, y estas son, por otra parte, las únicas luces de que podemos disponer.

De lo que no cabe duda, despues de una larga experiencia clínica, es de que el cariz más ó ménos grave del accidente primitivo nada revela respecto á la mayor ó menor gravedad de los ulteriores procesos de la sífilis. Chancros se ven, de ancha y profunda induracion, inflamados y hasta gangrenosos ó fagedénicos, que van seguidos de manifestaciones secundarias sumamente pasajeras, sin otros accidentes constitucionales; al paso que no es raro que un chancro seco, un chancro *enano*, vaya subseguido de los más acentuados síntomas de los periodos secundario y terciario.

Tenemos, pues, en resúmen, que el chancro sifilítico, mirado como afeccion local y á no mediar complicaciones accidentales, carece de importancia clínica, por más que implique para todo el organismo la gravedad de una enfermedad constitucional de las más insidiosas y difíciles de extirpar, y que si puede concederse asentimiento á la doctrina de la gravedad de la enfermedad sifilítica en relacion de la brevedad de la incubacion, no existe proporcion alguna entre el accidente primitivo y la de los ulteriores procesos de la sífilis.

Señores: si el chancro, como decia Ricord, fuese la *meret* por donde entra la sífilis, la primera indicacion que se presentaria al terapeuta seria la de cerrar lo más herméticamente posible esta puerta. Si el chancro fuese un foco primitivo, desde el cual los elementos morbígenos se fuesen

multiplicando y entrando en el torrente circulatorio para ocasionar la discrasia sifilítica, es evidente que, cauterizando la úlcera, ó si esto no bastase, excindiendo el tegumento en donde aquella radica, opondríamos á la enfermedad una valla infranqueable y quedaria contenida la sífilis en su primer periodo. No han faltado prácticos que hayan ensayado este método abortivo; pero si los resultados pudieron ser dudosos en los tiempos del *unicismo*, pues se veian chancros que se encaminaban á la reparacion despues de ser cauterizados,— y estos eran los blandos, — mientras que otros; á pesar del cauterio y de la excitacion, retoñaban y volvian á indurarse —y estos son los *sifilíticos*—desde que el *dualismo* impera por doquiera, nadie concede la menor confianza á semejante terapéutica.

Todo el mundo sabe ahora que el chancro es la *ventana* por donde primero asoma la enfermedad constitucional, y apenas hay un práctico que dé al accidente primitivo importancia suficiente para hacerle objeto de un tratamiento particular.

Todos conocemos la especialidad de la úlcera sifilítica, y por consiguiente, todos opinamos que el específico de la sífilis es el soberano remedio del chancro. Solo diferimos en un punto: mientras consideran unos que el mercurio debe administrarse desde el instante en que no queda duda de que el chancro es sifilítico, opinamos otros que es mucho mejor aguardar la iniciacion de los síntomas secundarios, pues sabemos por experiencia que, si bien el expresado medicamento tiene indiscutible poder para curar la sífilis, carece del de evitar la aparición de los fenómenos eruptivos, y que á su influjo éstos no hacen más que ahuyentarse ó retardar su aparicion, en perjuicio del paciente, al cual nos veremos obligados á someter á una nueva mercurializacion en época más ó ménos remota.

Asunto es este que ventilaré más ampliamente cuando vendrá el caso de tratar de la medicación antisifilítica; baste por el momento decir que, en mi concepto, el chancro sifilítico, por sí mismo y mientras no se aparte de su norma ordinaria, no reclama tratamiento específico. La llaga curará por sí misma sin reclamar otras atenciones que las de preservar-la de agentes que la irriten, — roce de los vestidos, cóito, pomadas, ungüentos, etc., — y mantenerla cubierta en perfecta limpieza por medio de lociones y fomentos con un líquido aromático, tal como el vino de este nombre, ligeramente fenicado, que es el tópico que en nuestra clínica usamos.

No os preocupe la induración que en ciertos casos queda una vez cicatrizado el chancro; no emprendais por ella ningún tratamiento especial: estad seguros que el tiempo y en su oportunidad la medicación mercurial, que será preciso establecer para combatir la sífilis, disiparán esos vestigios del accidente primitivo.

Por lo que hace á la adenitis, la anemia y la fiebre sifilítica, tened entendido que toda medicación ordinaria es insuficiente: solo el tratamiento mercurial combate pronto y eficazmente estas concomitancias del accidente primitivo.

LECCION XXXVI

Del período secundario de la sífilis

Proposiciones:

1.^a Aun cuando no existe una línea de demarcación bastante perceptible entre los síntomas primarios y los secundarios de la sífilis, se puede decir que el fin de aquellos y el principio de estos se determinan por la aparición de la anemia y fiebres sífilíticas y por el estallido de la enfermedad constitucional en diferentes sistemas y, por lo mismo, en tejidos distintos de aquel en que apareció el accidente primitivo—que es por donde se introdujo el agente virulento—y la región ganglionar correspondiente.

2.^a Las lesiones anatómicas y los síntomas del período secundario de la sífilis, se presentan y deben ser estudiados: en los vasos y ganglios linfáticos; en los órganos linfoides, tales como el bazo, las glándulas gástricas é intestinales, las amígdalas y tal vez las cápsulas suprarrenales; en el sistema óseo; en el hígado; en el aparato urinario; en el útero en el sistema nervioso; en las membranas sinoviales articulares y tendinosas; en los músculos; en las superficies traumáticas y en la piel y tegumento mucoso, constituyendo las *sífilides*.

3.^a Nada incómoda y poco perceptible la *linfítis sífilítica secundaria*, se caracteriza por abultamientos lineares en el trayecto de los vasos linfáticos; la *adenitis sífilítica secundaria* es mucho más notable y bien que, como la del período primario, se manifieste por infartos ganglionares indoloros, múltiples y movibles se distingue de estos por su generalización y por no corresponder ni ser reflejo de una lesión cutánea preexistente, pues muchas veces aparece en regiones exentas de sífilides, siendo las infra-hióidea, cervical lateral y sub-maxilar las más predispuestas y las únicas en donde semejante adenitis, de naturaleza sífilítica, puede tomar el carácter estrumoso y supurar como una escrófula, por más que el individuo no sea escrofuloso.

4.^a Las perturbaciones de los *órganos linfóideos* en el período secundario se manifiestan: en el *bazo*, por la leucemia y fiebre sífilítica, por anorexia ó bulimia y frecuentemente por tumefacción esplénica; en las glándulas *gástricas é intestinales*, por catarros más ó menos agudos, y en las *amígdalas*, por hiper-

trofia y rubicundez,—angina—; no puede atribuirse á una lesion de las *cápsulas supra-renales*,—como en la enfermedad de Addison,—un *cloasma* especial que aparece en la region cervical lateral.

5.^a En el sistema óseo la sífilis secundaria se caracteriza por lesiones superficiales, esto es, periósticas ó sub-periósticas, de las cuales dependen: los *dolores reumatóideos* que los enfermos acusan en sitios proeminentes del esqueleto, mitigándose durante el dia y exacerbándose por la noche; la *periostitis*, que tambien se presenta en las partes superficiales de los huesos y suele terminar por resolucion en pocas semanas, y las *periostosis* ó *exóstosis*, formando en las partes superficiales del esqueleto proeminencias más ó ménos salientes y numerosas, acompañadas de algunos dolores que se exasperan á la presion, terminando de ordinario por resolucion así que intervienen los agentes específicos.

6.^a De parte del *hígado*, se nota, en el período secundario de la sífilis, una *ictericia*, precedida de catarro gástrico y poco duradera, acompañada á veces de abultamiento del hipocondrio derecho; contra esta ictericia no tienen poder los mercuriales, pero si los purgantes como en la vulgar.

7.^a En la secrecion urinaria la sífilis se traduce por aumento de úrea, al iniciarse los síntomas secundarios; y más adelante pueden aparecer una albuminuria ó glicosuria transitorias.

8.^a No está demostrado que la sífilis produzca *esterilidad* de parte de la mujer; sábese, en cambio, que cuando los síntomas del período secundario aparecen antes del cuarto mes del embarazo, hay mucha propension al aborto; esta propension va decreciendo si al iniciarse el referido período la gestacion se halla más adelantada.

9.^a Los *síntomas nerviosos* correspondientes al período secundario de la sífilis son: 1.^o neuralgias en diferentes ramas, siendo las del trigémino las más frecuentemente afectadas; 2.^o *cefalea*, ó dolores intracranianos, á veces vívidos y exacerbantes por las noches: el enfermo acusa el dolor en las elevacione frontales, en las regiones parietales ó en las sienes; este síntoma es más ó ménos graduado y falta rara vez; 3.^o sensacion de *quebrantamiento general*, relajacion y debilidad, análogas á las que acompañan á la anemia; 4.^o *analgesias, anestias, termo-anestias y mio-anestias* en diferentes regiones; 5.^o anomalias de la *sensibilidad térmica*, consistentes en sensaciones de frio ó de llamaradas da calor, á veces con sudores profusos; 6.^o *parálisis de la motilidad*, especialmente faciales, siendo raras en este período la *hemiplegia*, la *paraplegia* y la *afasia*; 7.^o *convulsiones histéricas* y más particularmente *epilépticas*: siempre y cuando la epilepsia se presenta por primera vez en una persona adulta, debe sospecharse su origen sífilítico; todas las neuropatías que estaban acalladas ó dormidas en el individuo, suelen despertarse y agravarse durante el período secundario de la sífilis.

10. Uno de los fenómenos más precoces y constantes en el período secundario es la *artralgia sífilítica*, caracterizada por dolores articulares que aumentan con el reposo nocturno y que luego se exasperan por la compresion de las eminencias articulares; muchas veces preceden á las erupciones cutáneas y si bien no tardan en remitir al influjo de un tratamiento específico, dejan á veces algunos vestigios dolorosos, con ó sin crujidos articulares, que duran mucho más tiempo.

11. La *sinovitis serosa*, que aparece tardíamente, esto es, en el tránsito del segundo al tercer período de la sífilis, no puede confundirse con las *artralgias* ni con los *dolores reumatóideos*, pues en aquella hay tumefaccion hidrópica de las articulaciones y es casi completamente indolora, aun á la presion.

12. Las *bolsas serosas* de los tendones, y las *sero-mucosas* sub-cutáneas, pueden aparecer impresionadas por la sífilis, en el período secundario, bien sea de un modo agudo, bien bajo la forma crónica, presentando los caracteres del *higroma* ó de la *sinovitis* y coincidiendo la aparición de estos trastornos con la época de las erupciones cutáneas de recidiva.

13. Las *contracturas musculares*, que afectan principalmente á los flexores del antebrazo sobre el brazo, hasta doblarlo en ángulo recto de un modo permanente y que á veces se han observado en los flexores de la pierna sobre el muslo y de la cabeza sobre el tronco y aún en los intercostales,—contribuyendo quizás á la producción del asma sífilítico,—son fenómenos poco frecuentes y que más bien aparecen en el período terciario que en el secundario de la sífilis; desconocida su patogenia; ignorando si dependen de las lesiones del tejido muscular, de los tendones ó de los nervios y hasta si son meros efectos de un reumatismo coincidente con la sífilis, sabemos que estas contracturas se alivian y curan con mercurio y ioduro de potasio.

14. Durante el período secundario las *úlceras* y las *heridas* adquieren aspecto sífilítico ó retardan simplemente su reparación; pero al influjo de los mercuriales se encaminan favorablemente.

15. Las *operaciones quirúrgicas* y en particular las *autoplastias*, dan resultados adversos durante el período secundario de la sífilis, á no ser que el enfermo haya sido previamente preparado por un tratamiento mercurial.

16. Es bastante frecuente observar que las fracturas durante el período de los síntomas secundarios retarden su consolidación y que se determinen pseudoartrosis.

(Las afecciones sífilíticas de la piel y de las membranas mucosas correspondientes el período secundario merecen capítulo aparte.)

SEÑORES: El veneno sífilítico no es como el del cáncer, que tiene un foco de infección del cual parten los elementos que, de un modo gradual y sucesivo, impresionan morbosamente á los tejidos próximos, á los ganglios vecinos, á la sangre y á los parénquimas: el virus sífilítico es solo comparable á un fermento que va á desplegar sus acciones catalíticas en el seno del organismo con una lentitud suma, con mucho orden, con rigor cronológico, y, pasadme la frase, con la más refinada hipócrecía.

¿Pensáis que el chancro y la adenitis primitiva son simples manifestaciones de un mal local? Extirpad la úlcera sífilítica, enuclead todos los ganglios de las ingles en los primeros tiempos del mal, y no por esto librareis á vuestros enfermos de las ulteriores consecuencias del contagio. La

enfermedad es, pues, constitucional desde sus primeros indicios: estos no son más, por decirlo así, que las solfataras por donde respira el volcan virulento que mina sordamente las entrañas de la economía.

Testimonios de que la sífilis, como rescoldo encubierto por una gruesa capa de ceniza, se propaga á la generalidad del organismo, mientras nos entretiene con los fuegos—que llamaria fátuos por lo leves y pasajeros—que constituyen el accidente primitivo, lo son esa anemia y esa fiebre continua, remitente ó intermitente, que á la postre de los accidentes locales, viene á darnos aviso de que el proceso morboso, léjos de haber terminado, comienza sus evoluciones en más dilatados ámbitos. Racionalmente sabíamos que desde un principio la enfermedad fué constitucional; pero hasta aquí no lo habia parecido: fué preciso apelar á los experimentos de excision y profunda cauterizacion del chancre, seguidos de éxito negativo—pues no por esto se ha detenido la evolucion del mal—para venir á esta conclusion; de hoy más la *ubicuidad* de las lesiones y de los síntomas dicen claro que la enfermedad es *totius substantie*.

Pues bien; desde este instante en que la sífilis comienza á hacer una llamada general á todos los tejidos y humores, como exortándoles á convertirse á su propio partido, á volverse histológicamente hiperémicos, supurantes ó hipertróficos y específicamente virulentos, desde este momento, digo, el proceso sifilítico ha entrado en el período secundario.

Piel, uñas, pelos, mucosas, vasos y ganglios linfáticos, bazo, glándulas intestinales, amígdalas, huesos, articulaciones, membranas sinoviales, tendones y nervios, todos los órganos y todos los tejidos, incluso los de nueva formacion como productos reparadores de estados patológicos—úlceras, heridas, callos óseos en vías de formacion—todos sienten el

influjo del fermento sífilítico, que en mes y medio á dos meses de estancia en la economía, ha trabajado sin descanso y de la manera más insidiosa para impresionarlos con un sello verdaderamente característico.

Mas la sífilis, ya desde un principio y hasta sus más extremas manifestaciones, no disimula sus afinidades con la escrófula, y así no es de admirar que el sistema linfático, desde los vasos hasta los ganglios y los órganos glandulares que tienen analogías de estructura y función con éstos—razon por la cual se les conoce con el calificativo de *linfóideos*—sean aquellos en que el proceso secundario de dicha enfermedad haga sus primeras y más acentuadas manifestaciones.

La *linfítis*, sorda y apenas perceptible, así para el médico como para el enfermo, puede iniciar la escena morbosa del período secundario. En el trayecto de los vasos linfáticos, no de la region del chancro, sino de otras varias y especialmente del cuello y de la axila, no es raro hallar cordones nudosos, indoloros y bastante duros, que indican la impresion que en los vasos blancos ha causado el virus sífilítico. Esta *linfítis secundaria* es, sin embargo, un síntoma inconstante, cuya ausencia nada dice en contra de la existencia de la sífilis, pero cuya presencia es sumamente significativa en el sentido afirmativo. Debeis, pues, buscarla—ya que, siendo indolora, el enfermo no la acusará—y atribuirle el valor semeyótico que acabo de expresar.

Mucho más constante es la *adenitis* general difusa y en sitios *no relacionados con la region del chancro*. Palpad las regiones sub-maxilares, las parotídeas, las cervicales laterales, y las infra-hióideas, y raro será que en tales sitios no encontreis ganglios tumefactos como guisantes, avellanas ó almendras, formando sartas movibles, indoloras tambien,

como la poliadenitis del período primario, y por tales manifestaciones vendreis en conocimiento de que el período secundario de la sífilis se está desplegando con todo su esplendor en el territorio que más le agrada: el sistema linfático.

Ahora, si el sujeto es de suyo linfático y como á tal propenso á infartos ganglionares prontos á supurar de un modo crónico y con flujo aguanoso, no será raro que en las regiones cervicales se formen verdaderas *escrófulas sífilíticas*, que dejarán cicatrices lívidas, con costurones más ó ménos deformes. ¿Quereis, en semejantes casos, dominar la escena? No olvideis el maridaje de la sífilis con la escrófula, y administrad, al par que hierro, iodo y ioduro ferroso, ioduro de potasio y mercurio, en esta ó la otra forma. La *escrófula es sífilítica*, pero es *escrófula*; la *sífilis* reviste cariz *escrofuloso*, pero la adenitis ha nacido á impulsos de la sífilis.

No dudeis de que la sífilis, en sus evoluciones secundarias ó ataca á los *órganos linfóideos*. ¿Qué es, sino la anemia, ó por mejor decir, *leucemia*, que á ojos vistos acusa el rostro del enfermo ya desde el fin de los fenómenos locales? ¿Y esa fiebre, intermitente unas veces y remitente otras, ¿no declara una disemia específica, sea ganglionar ó esplénico su foco originario? En el *bazo* ocurre algo parecido á lo que sucede con motivo de la intoxicacion palúdica: su funcion hematópica se perturba, se congestiona, se abulta, se entumece y así frecuentemente se le palpa tumefacto á través del hipocondrio ó del vacío. Ingurgitado de sangre, deriva la que debia acudir al estómago durante la digestion: de ahí, sin duda, la anorexia y aun á veces la bulimia de que se quejan los enfermos.

Tambien hay catarros gástricos, saburras y flujos intestinales. ¿Perderemos de vista que las placas glandulares del

tubo digestivo tienen estructura y funciones de órganos linfóideos?

No os olvidéis jamás de inspeccionar las fauces del sífilítico. Rara vez dejareis de observar rubicundez del velo palatino, hiperemia y congestión hipertrófica de las amígdalas: una *angina sífilítica*. Esas *amigdalitis* de los sífilíticos, tienen también su razón de ser en la textura folicular y naturaleza linfóidea de estas glándulas. Poco tardarán en hacerse asiento de placas mucosas ó de exantemas ulcerosos.

Si llevásemos la inducción patogenética hasta donde la ha conducido el eminente sífilógrafo Dr. Jullien, tendríamos derecho á interpretar como expresión del influjo que ejerce la sífilis en las *cápsulas supra-renales*—órganos linfóideos—el *cloasma* que de vez en cuando se ve aparecer en las regiones cervical, lateral y sub-maxilar. En un caso reciente he observado esta *sífilide pigmentaria*, tan comentada por algunos sífilógrafos y reputada como de las más persistentes, y, en verdad os digo, que en ménos de veinte días de inyecciones hipodérmicas de peptonato amónico mercurial se ha borrado por completo. Este hecho, al lado de la rebeldía é incesante progresión de la melanodermia, me obligan á desviarme de la opinión del Dr. Jullien, y, por lo mismo, á no considerar el *cloasma* cervical de los sífilíticos como una variedad de la enfermedad de Addison.

Tampoco concuerdo con Jullien al apreciar los síntomas que, en el período secundario, se observan de parte del *sistema óseo*. No ignoro el papel hematopético de las células mielóideas y de los mieloplaxas que se hallan en el seno de la médula y junto al periostio; pero los síntomas subjetivos y las lesiones anatómicas que en tales casos se observan, me parecen más de índole vascular que de naturaleza neoplasmática. En este punto estoy más conforme con Bassereau

que con Jullien : no dudo que el sistema linfático sea el más perjudicado en el período secundario de la sífilis, pero tambien son innegables, en esta época de la enfermedad, las congestiones vasculares de las partes superficiales de los diferentes órganos: ahí están para probarlo los eritemas cutáneos y mucosos, las pápulas del liquen sifilítico y demás síntomas de congestión vascular que concomitan en el referido período secundario de la sífilis. Por otra parte, la fugacidad y resistencia características de los síntomas óseos y periósticos secundarios me parecen más propios de un proceso vascular que de una lesión trófica ó de los elementos celulares.

De todas maneras, de parte del sistema óseo, el periodo secundario de la sífilis se caracteriza por unos *dolores*, llamados *reumatóideos*—que conviene no confundir con los que se denominan *osteócopos* y que son propios del período terciario—por síntomas evidentes de periostitis y por exudados plásticos por debajo del periostio ó en la superficie de los huesos, que así merecen el nombre de *periostosis*, como el de *exóstosis, superficial*.

Con los numerosos ejemplos que habeis visto en la clínica, no podreis olvidar los caracteres de los dolores *reumatóideos*. Molestan mucho más durante la noche que de dia, y no, seguramente, por influjo atmosférico, sino por el calor de la cama. Esas exacerbaciones y remisiones nictámeras, son poco notables en el hospital, á causa de que á los enfermos de nuestras salas no les es permitido levantarse; se ven, en cambio, muy acentuadas en la práctica particular. El paciente, al levantarse de la cama, se siente molido de brazos, codos, lomos, muslos y rodillas: se sacude, se despeza y, á proporcion que anda y se mueve, sus dolores se desvanecen. Llega, empero, la noche; se acuesta, entra en

calor en el lecho, y entonces los sufrimientos se agravan, á veces hasta un término insufrible. Si el paciente ejerce una de estas profesiones que obligan al trabajo nocturno, las exacerbaciones de los dolores aparecen cada vez que el individuo trata de entregarse al descanso diurno.

Los *dolores reumatóideos* son bastante vagos; pero hay sitios en donde de preferencia se acentúan y fijan: éstos son las partes más proeminentes de las articulaciones. Aquí la presión efectuada por una vasta superficie, tal como la palma de la mano, no acrecienta el sufrimiento; todo lo contrario se observa si se oprime por un punto reducido, tal como por ejemplo con las yemas de los dedos.

Notad bien estas particularidades: dolores que, en lugar de acallarse por la tibia temperatura de la cama, se exasperan de mala manera, hasta hacerse insoportables, no pueden ser *reumáticos*: son *reumatóideos*, es decir, *sifilíticos*. Dolores que tienen su asiento alrededor de una articulación y que no se irradian en la dirección de un nervio, no son *neurálgicos*, sino *sifilíticos* del período secundario. Dolores, en fin, que aparecen en época relativamente precoz del proceso sifilítico, que ocupan epífisis ó superficies articulares y que, más bien que exasperarse, se acallan por la compresión, no son los dolores *osteócopos*, ó sintomáticos de la sífilis en su período terciario.

La *periostitis sifilítica* aparece tempranamente y de ordinario en diferentes regiones que tienen de comun el hallarse su esqueleto cercano á la piel. En tal caso se hallan, por ejemplo, las costillas, el esternón, la tibia, el frontal, etc. En estos sitios el paciente acusa dolores bastante intensos, que se irradian en sentido de los nervios contiguos, y que aumentan extraordinariamente por la compresión. La piel está más ó menos rúbicunda y caliente y frecuentemente hay

fiebre. Estas *periostitis* se resuelven pronto, bien sea de una manera espontánea ó al influjo del mercurio y principalmente del ioduro de potasio.

Cuando el trabajo plástico sub-perióstico se hace predominante, la lesion marcha con más lentitud, pero es más duradero que la simple periostitis: tenemos entonces una *perióstosis*, ó si se quiere una *exóstosis superficial*. Buscad estas producciones osteoíticas en los mismos sitios de predileccion de la periostitis-sifilítica, esto es, las partes superficiales del esqueleto: tocareis unos abultamientos esferoidales, tuberosos ó granulados, duros y nada dolorosos, si no se les toca, pero que responden á la presion con un dolor sordo, análogo al que produciria una contusion. Lo notable de estas producciones es la rapidez con que desaparecen el influjo de la medicacion iodo-mercurial; de lo contrario, duran indefinidamente.

LECCION XXXVII

SEÑORES :

Dejamos el asunto de la Leccion anterior, en el momento en que considerábamos las manifestaciones secundarias de a sífilis á través del periostio y de las capas más superficiales del tejido óseo, determinando periostitis, perióstosis y lexóstosis, que rápidamente se resuelven por la medicacion anti-sifilítica. Distamos aun bastante de haber agotado nuestra revista clínica en lo que se refiere á la conquista y ampliacion de los dominios que realiza la sífilis durante ese período, que podríamos llamar de su *difusion* por las superficies orgánicas.

En alguno que otro enfermo de los que vienen á la clínica con sífilis en período de plena evolucion, os he hecho notar que el tinte que presentaban su tez, sus escleróticas, y, en general, todo su tegumento. No era el pálido ó pajizo de la anemia y de la intoxicacion palúdica, sino la verdadera amarillez de la *ictericia*. Estaban tristes, profundamente preocupados de su enfermedad; no tenian apetito; adolecian de estreñimiento de vientre y excretaban orines azafranados. Eran verdaderos ictericos. Pero esta *ictericia* ¿respondia á una lesion específica, sifilítica, del hígado ó de las vías bi-

liares, ó era más bien un síntoma somático oriundo de la pasion concentrativa que agobiaba el ánimo de estos pacientes?

Recordad que la medicacion mercurial, al paso que triunfaba de las sífilides, de la angina y de los dolores reumatóides, se manifestaba impotente contra la ictericia: ésta no cedia sino cuando habian intervenido los purgantes y los diuréticos. Digamos, pues, que la ictericia del período secundario de la sífilis, no es de índole sifilítica, sino que, como la ordinaria, tiene su origen en una causa moral de índole concentrativa.

Tampoco escapan los *riñones* á la lenta marejada que, al llegar al período secundario, levanta la sífilis en toda la economía: algo anómalo en la funcion de esos filtros glandulares acusa la exuberancia de úrea que se encuentra en la orina. Mas de aquí no pasan estas alteraciones; pues si bien es cierto que algunos sifilíticos se vuelven albuminúricos ó glicosúricos, tales alteraciones son sumamente transitorias ó acusan grados mucho más adelantados de la discrasia.

Raras, rarísimas veces vereis, entre los síntomas secundarios, la *contractura muscular, tónica*, rígida y permanente de los flexores; yo no la he observado en ningun enfermo, ni de mi visita particular ni del hospital; pero, ateniéndonos al testimonio de afamados clínicos, es indudable que este síntoma puede presentarse entre los fenómenos secundarios. En tal caso, los músculos biceps y braquial anterior, que doblan el antebrazo sobre el brazo, son los más frecuentemente afectados. Cuéntanse tambien casos de contractura del biceps femoral y del semi-tendinoso, que son los que ejecutan la flexion de la pierna sobre el muslo; otros de los esterno-mastóideos, que doblan la cabeza sobre el cuello, y aun de los intercostales, cuyas funciones respiratorias son

de todos conocidas.—¿Podría la lesion de estos ser causa del asma de los sifilíticos, como sospecha Jullien?—La flexion, en semejantes circunstancias, es permanente, no dolorosa, pero rígida, necesitándose grande esfuerzo para vencer la contractura. Ya lograda la extension y no habiendo obstáculo mecánico que á ello se oponga, no tarda en restituirse el miembro á la flexion morbosa.

¿Cuál es la causa de este síntoma? ¿Depende la contractura de una lesion de los elementos nerviosos que animan á los músculos flexores? ¿Radica la lesion en los centros nerviosos, en los cordones motores ó en el mismo tejido muscular? La anatomía patológica no ha podido resolver estas cuestiones. Sabemos, sí, que el tratamiento mercurial y iódico conduce á feliz término esta afeccion, siempre y cuando no haya graves compromisos de parte de las articulaciones, que bien pudieran haberse anquilosado en la flexion.

En la Leccion que precede he hablado de los dolores reumatóideos y he expuesto los caracteres por medio de los cuales se podría diferenciarlos de los neurálgicos y de los osteócopos, propios estos últimos del período terciario de la sífilis. Habeis conocido con lo dicho que, ya en época temprana, la sífilis se cierce sobre las articulaciones, afectándolas dolorosamente, como el reumatismo. Pues bien: esas *artralgias* sifilíticas, pueden trocarse en *artritis* específicas, con poca rubicundez, ligera tumefaccion y con moderada calentura, cual si fuesen de índole catarral; pero con la diferencia de que no ceden á los alcalinos, ni á los antiflogísticos, ni al opio, ni á la tintura del iodo. El mercurio y el ioduro potásico las vencen en poco tiempo, porque son de naturaleza sifilítica.

Importa no confundir estas artropatías, propias del período secundario, caracterizadas por su agudez y por los in-

tensos sufrimientos que causan al enfermo, con las que aparecen en época más avanzada, en la transición del período secundario al terciario. Estas últimas son de marcha crónica, hidrópicas, frías é indoloras y se acompañan de considerable abultamiento fluctuante de la articulación; son, en una palabra, verdaderas *hidrartrosis*, comunmente múltiples, las cuales, á pesar de su volúmen, es tal su indolencia, que muchas veces pasan desapercibidas por el mismo enfermo. La prueba del carácter sifilítico de estas *artritis hidrópicas* se desprende de los buenos efectos que producen el ioduro de potasio y los mercuriales.

Velpeau y Reichet han demostrado grandes analogías orgánicas y funcionales entre el sistema seroso y el tejido conjuntivo. Las bolsas sero-mucosas son testimonios perennes de estas analogías, puesto que se sabe que donde hay tejido conjuntivo libre y una superficie dura que se preste al roce y deslizamiento por causa mecánica exterior, se produce una bolsa sero-mucosa. No debe pues extrañarnos que la sífilis, que afecta al tejido conjuntivo y con él á las membranas serosas, impresione también á las bolsas sero-mucosas y aun á las sinoviales de los tendones, produciendo en aquellas flegmasias supuratorias ó meramente secretorias—*higromas*—así como en las últimas, inflamaciones con derrames más ó menos abundantes. En nada difieren estos *higromas* y estas *sinovitis* tendinosas de las ordinarias; solo es de advertir que su aparición en el curso de la sífilis, suele coincidir con la recidiva, de las sifilides secundarias.

Si la clorosis se traduce en la mujer por trastornos uterinos y principalmente por anomalías en la evacuación catamenial, no debe sorprendernos que la disemia sifilítica se acompañe de dismenorrea ó amenorrea ó de adelantos ó retrasos del flujo menstrual; pero no se limitan aquí los tras-

tornos uterinos de la sífilis: sin necesidad que existan úlceras, ni blenorragia y solo por efecto de la misma debilidad y linfatismo, aparecen flujos leucorréicos en mujeres que no los habian tenido nunca, y se exageran y vuelven irritantes en otras que ya los padecian en remiso grado.

Muchos han dicho que la *sífilis esteriliza á la mujer*: más valdria, pues así quedaria cerrada la puerta de tránsito de la enfermedad á las generaciones, sin sacrificio de una existencia humana. Pero la *esterilidad sifilítica* dista mucho de estar probada: cada dia se ven mujeres sifilíticas que conciben. La verdad es, que la sífilis determina una grande predisposicion al *aborto*, debiéndose recelar este prematuro término de la preñez siempre y cuando la infeccion se haya efectuado antes del cuarto mes del embarazo. Los desórdenes uterinos y el influjo letal que el virus debe ejercer sobre el producto de la concepcion, se conciertan para determinar la muerte del embrion y su expulsion consiguiente. El agente sifilítico obra contra la vida del embrion, y esta es la principal causa de aborto, pues se ha observado que cuando la mujer contrae sífilis despues del cuarto mes de la gestacion, el aborto muchas veces no se efectúa. Es que entonces el feto tiene ya resistencia para sobrevivir á la infeccion sifilítica, y si bien viene al mundo plagado de accidentes secundarios, nace vivo y aun es susceptible de ser curado.

Vése, pues, del modo más claro que la esterilidad de parte de la mujer no debe figurar entre las manifestaciones de la sífilis secundaria, y que, en cambio, la propension al aborto es muy acentuada cuando la sífilis ha sido contraida en los primeros meses de la gestacion. De ahí que, para el práctico instruido y previsor, resalte la indicacion de medicar con tratamiento específico desde las primeras manifestaciones de la sífilis en las embarazadas, guiado por el

propósito de precaver los efectos de una infección mortal para el embrión y de evitar de esta suerte el *aborto*. Desde el cuarto mes en adelante, aun cuando no temamos tanto por la vida del feto, deberemos plantear la medicación específica, para preservar á éste de los peligros inherentes á la sífilis congénita.

Exceptuando la piel y las membranas mucosas, no hay ningún sistema tan combatido por la sífilis, en su período secundario, como el nervioso. Todo género de neuropatías pueden presentarse en esta ocasión: así es que se ven neuralgias, anestias, paresias, parálisis locales y generales, y toda suerte de convulsiones. No lo olvidemos: estamos en plena oligoemia, terreno patogenético el más abonado para todas las perturbaciones de la inervación. Tengamos también en cuenta que la sífilis propende á causar lesiones de textura en la neuroglia; recordemos que brotan perióstosis que pueden comprimir un nervio en el preciso instante en que pasa á través de un orificio; que hay exóstosis craneales visibles, esto es, en la superficie exterior, que corresponden á otras exóstosis intra-craneales, las cuales, gravitando en el encéfalo, perturban sus funciones.

Contemos entre los síntomas nerviosos expresivos de la leucemia sífilítica la sensación de debilidad, inercia y languor, que acosan los enfermos desde los primeros tiempos del período secundario: ¿qué son esas sensaciones internas de malestar sino anomalías de la sensibilidad trisplánica?

Pocos síntomas son más constantes y al mismo tiempo más característicos de la sífilis secundaria que la *cefalea*. No es esa sensación supra-orbitaria unilateral, aunque difusa, de dolor craneano, acompañado ó no de dolores intra-oculares de mareo, náuseas y vértigo, que caracterizan á la hemicránea; ni tampoco la pesadez dolorosa de toda la cabeza, que es

propia de la cefalalgia febril; sino un dolor intra-craniano, de ordinario bastante remiso y soportable, pero á veces cruel, que tiene sus puntos culminantes en las sienas, elevaciones parietales y fosas occipitales; el enfermo siente el tormento de un clavo ó de un aro de hierro que le aprieta la cabeza, ó pinchazos vivísimos, ó bien martillazos que parecen abrirle el cráneo; se revuelve en la cama, encuentra dura la almohada, quiere levantarse y apenas se lo consiente el peso de la cabeza; pasa las noches en vela y en continua agitacion y cuando entra en calma, halla obtundida la mente, se siente inerte para el trabajo y está anheloso de sueño.

Así marchan las cosas durante algunos dias, siempre con exacerbaciones y remisiones más ó ménos transitorias, hasta que viene el alivio espontáneo, por el curso natural de la enfermedad ó procurado por la medicacion mercurial, asociada con el ioduro de potasio, medicamento este último de accion calmante aún mucho mas rápida. Por la cefalea y otros dolores de la misma índole se ha dicho, con razon, que el *ioduro de potasio es el ópio de los sifilíticos*.

Si hemos establecido una distincion entre la cefalea sifilítica y las neuralgias, no es que se hallan libres de estas últimas los sifilíticos. Al contrario, *neuralgias*, especialmente las de las ramas sensitivas del trigémino, se observan en ellos con bastante frecuencia; lo cual tampoco, es decir, que no puedan observarse en otros nervios, tales como el auricular, derivado del plexo cervical, el occipital, el crural, el ciático, etc., etc.

En el carácter intermitente con paraxismos nocturnos podría verse la filiacion sifilítica de las neuralgias; pero ¡con cuánta reserva conviene aceptar este dato semeyótico, sabiendo, como sabemos, que las neuralgias no específicas son tambien intermitentes y que frecuentemente tienen paroxis-

mos vespertinos! ¿Será esta consideracion un obstáculo para plantear la medicacion específica? Véase si la neuralgia coincide con algun otro síntoma sifilítico; consúltense los próximos antecedentes del enfermo; ensáyense, en caso de duda, los calmantes ordinarios y el bromhidrato de quinina, y en caso de sospecha de sífilis ó de falta de éxito de la medicacion comun, no se vacile en administrar mercuriales y ioduro de potasio. Esta medicacion nos servirá de piedra de toque para diagnosticar la índole de la neuropatía.

Muchas neuropatías de los sifilíticos no son esenciales: la lesion que las determina no reside en la sustancia nerviosa, sino en las partes circunvecinas, por ejemplo, en el agujero de un hueso por donde atraviesa un nervio, ó en la misma caja craniana.

Serian ejemplos de esto último tres casos clínicos, de los cuales dos pertenecen á mi visita particular, mientras que el otro se presentó en nuestras salas del hospital: me bastará referiros este último, pues son todos idénticos.

Tratábase de una mujer de unos 42 años, temperamento sanguíneo-nervioso y constitucion medianamente robusta, que vino á ocupar la cama número 31, cabeza, de la sala Beato Oriol, á principios del curso de 1881 á 1882. A su ingreso, carecíamos de todo antecedente relativo á su enfermedad, pues la enferma estaba afásica, y entre que no queria y que no podia decir casi nada, ninguna relacion pudimos proporcionarnos respecto al origen y causas de su mal. Hubimos de entrar en el camino del diagnóstico solo por dos síntomas, á saber: unas manchas cicatriciales, de color de jamon en la frente, entre las cuales descollaba una costra gruesa, seca y adherente, y una exóstosis, del tamaño de medio huevo de gallina, que se elevaba junto la apófisis orbitaria externa del lado izquierdo del frontal. No habiendo traumatismo

que hubiese podido determinar la exóstosis, en una parte superficial del esqueleto y coexistiendo con esta afeccion los vestigios de ese sello facial de la sífilis, tan poéticamente conocido con el nombre de *corona de Venus*, no vacilamos en diagnosticar: *sífilis en el período secundario*. La afasia nos la explicamos sin dificultad, teniendo en cuenta: 1.º que es un hecho casi constante el que en los huesos que contribuyen á formar una cavidad las producciones osteofíticas se desarrollan simultáneamente en ambas superficies, y 2.º, que si hay hoy dia una localizacion cerebral bien adquirida, es la del lenguaje en la tercera circunvolucion frontal del hemisferio izquierdo. Conceptuamos, pues, que á la exóstosis frontal visible y tangible, correspondia otra exóstosis del lado encefálico, y que ésta, si no de una manera inmediata, de un modo indirecto, comprimia la circunvolucion del lenguaje y era causa de que la enferma, sin adolecer de obstáculos para la pronunciacion, se hallase privada de la facultad de expresarse por medio de palabras, pues habia perdido el recuerdo de muchas de estas.

Fué planteada la medicacion mixta: una inyeccion hipodérmica de un centígramo de bicloruro de mercurio y cuatro gramos diarios de ioduro de potasio y, en la exóstosis, embrocaciones de tintura de iodo. No se habian pasado seis dias de este tratamiento, cuando era ya visible la resolucion del tumor; la enferma fué recobrando la palabra á medida que la exóstosis craniana iba desapareciendo, saliendo curada de la clínica despues de la vigésima inyeccion hipodérmica y llevándose la recomendacion de continuar durante algunos meses una medicacion iodo-mercurial.

Explorando la sensibilidad de los sifilíticos, no es raro encontrar *analgesias*. Buscadlas en el dorso de las manos, en las caras externas de los antebrazos, en las mejillas y en el pe-

cho, pues estos son los sitios en donde de preferencia se observan. Un pellizco no es percibido; un alfilerazo que llegue hasta la sangre, no es sentido, y no obstante, en estas regiones en que se ha perdido la sensibilidad para las impresiones doloríferas, puede conservarse íntegra la sensibilidad táctil.

De igual manera puede disminuir y aun abolirse del todo la sensibilidad muscular; en tal caso el paciente no adquiere la noción del movimiento por el sentido del tacto, sino únicamente por la vista.

Otros sifilíticos tienen perturbaciones de la sensibilidad térmica: sienten y tienen realmente fríos y amoratadas manos y piés; son acometidos de escalofríos con temblor y castañeteo de dientes y se ven obligados á abrigarse en la cama para entrar en calor. Otros—y esto es menos frecuente—perciben llamaradas que les suben á la cabeza, les corren por la espalda y van y vienen de todas las partes de su cuerpo; otros, en fin, en medio de esos excesos hipertérmicos, sudan abundantemente, ya sea en toda la superficie cutánea, ya en una sola region: es una *efhidrosis* general ó parcial.

Conociendo, como conocemos, la superior impresionabilidad sensorial del sexo femenino, no debe sorprendernos que todas estas anomalías que en el sistema nervioso produce la sífilis sean mucho más frecuentes en la mujer que en el hombre.

Todos sabéis que las neurosis tienen largos periodos de descanso, durante los cuales los enfermos llegan á considerarse libres de su afección. En este caso se encuentran principalmente el *histerismo* y la *epilepsia*. Pues bien; la experiencia ha enseñado que muchas veces al influjo de la sífilis, ya desde que asoman los síntomas secundarios, esas neurosis esenciales, que estaban como dormidas, retoñan con singu-

lar energía y en muchos casos con más intensidad y rebeldía que antes.

Es más aun, sin ningun antecedente neuropático individual, pueden el histerismo y la epilepsia presentarse por vez primera por efecto de la sífilis. Tan es cierta esta patogenia respecto de la *epilepsia*, que los neuro-patólogos afirman que siempre cuando un ataque epiléptico aparece por vez primera en una persona adulta, puede asegurarse que es de origen sifilítico.

Sin pretender oponer ningun reparo á esta afirmacion clínica, no puedo menos de recomendaros la mayor prudencia al hacer de ella uso en la práctica. ¿Quién podría asegurar que tal ataque epiléptico es el primero que se presenta en un determinado individuo? ¿No sabemos que durante el grande y aun en el pequeño mal, los enfermos pierden completamente la conciencia de su propia personalidad y, por consiguiente, que no conservan el menor recuerdo del ataque? ¿No sabemos que, en muchos casos, los accesos epilépticos son nocturnos? ¿No sabemos, en fin, que el *pequeño mal*, el *vértigo epiléptico* y la *ausencia* son sumamente transitorios y, que, por lo mismo, el individuo puede haberlos padecido muchas veces sin que ni él ni nadie se hayan apercibido?

Así como renacen los afectos neuropáticos, reverdecen, al influjo de la sífilis, las afecciones quirúrgicas. Ulceras de poca extension y ya sembradas de mamelones, retroceden al periodo de supuracion; heridas hasta aquí bien encaminadas hácia la cicatrizacion, tórnanse fungosas, supurantes, atónicas ó diftéricas; hasta las mismas fracturas detienen su consolidacion, á causa de que el callo deja de producirse en las condiciones que le son habituales cuando hay perfecta coaptacion de los fragmentos y no es raro que de estos vicios de consolidacion resulte una pseudo-artrasis.

Penetrados como debemos estar del grande y pernicioso influjo de la sífilis en todos los trabajos de reparacion, nos abstendremos de operaciones cruentas en tanto evoluciona el virus en sus manifestaciones secundarias; teniendo en cuenta, sobre todo, que las operaciones de autoplastia resultan siempre desquiciadas por esta influencia discrásica. De ahí la necesidad, reconocida por todos los cirujanos, de aplazar estas operaciones hasta tanto que, por la benéfica intervencion del tratamiento específico, pueda darse por dominada la sífilis y el tejido conjuntivo restituido á sus normales aptitudes para prestar los servicios que de él se promete la operacion quirúrgica.

Hasta aquí, señores, el cuadro sintomatológico de la sífilis secundaria en órganos y parénquimas sustraídos á nuestra vista; falta que describamos sus interesantes evoluciones en los sistemas tégumentarios: esto es, en la piel, en las membranas mucosas, en los pelos y en las uñas. Asunto es este que quedó pendiente en la seccion destinada á la Dermatología, y que en la actualidad debemos tratar con toda la extension que su importancia reclama.