

## LECCION XLV

---

### Lesiones sifilíticas terciarias en las membranas mucosas

#### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> La sífilis terciaria en el *sistema mucoso* presenta las mismas lesiones que en la piel; solo que estas son modificadas en razon á las diferencias de estructura y funcion, por lo cual las pústulas aparecen como úlceras, mientras que los tubérculos y los gomas siguen el curso ordinario.

2.<sup>a</sup> Las lesiones terciarias de la *lengua* consisten en gomas, superficiales ó profundos, indoloros al principio, las cuales forman núcleos en el espesor del órgano, ó eminencias, que siembran de desigualdades la mucosa y abultan notablemente la lengua; al abrirse aparecen excavaciones ulcerosas, con infiltracion periférica, las cuales hacen dolorosos los contactos y los movimientos de la lengua; existen además *gomas esclerosos* que, cuando son superficiales, forman pequeñas elevaciones duras en la mucosa, la cual parece como empedrada, mientras que, si son profundos, determinan abultamientos lobulares, rodeados de los correspondientes surcos, de lo que resulta un aspecto comparado con el de las circunvoluciones del cerebro; este proceso termina por retraccion y atrofia de la lengua, con pérdida de su movilidad y sensibilidad especial.

3.<sup>a</sup> Las lesiones sifilíticas terciarias de la *mucosa faringo-estafilina* aparecen á menudo precozmente y pueden consistir en *úlceras, tubérculos ó gomas*.

4.<sup>a</sup> Las *úlceras sifilíticas terciarias del velo palatino*, radican principalmente en su cara anterior; son redondeadas, proeminentes; rodeadas de una aréola rojiza y de fondo amarillento, y dan lugar á que el velo se presente escotado; en las amígdalas ocasionan profundas excavaciones, que á veces destruyen enteramente á estas glándulas; indolente esta afeccion al principio, no tarda en acompañarse de mucha disfagia y sequedad de la garganta; en la *faringe* no profundizan jamás las úlceras hasta los cuerpos de las vértebras, pero se hacen fácilmente gangrenosas, por lo cual el aliento es fétido.

5.<sup>a</sup> Los *tubérculos y gomas del velo del paladar* forman infiltracion circunscrita ó difusa en este órgano, el cual es principalmente atacado en su insercion

en la bóveda; al principio se presenta abultado, rubicundo, duro y poco ó nada movable; al ulcerarse, lo hace por uno ó varios puntos, y la destruccion adelanta con suma rapidez, bien sea invadiendo superficialmente los tejidos, bien perforando ó rasgando el velo, poniendo en comunicacion la boca con la faringe y retirándose la úvula hácia un lado, ó bien, en fin, necrosando el palatino y abriendo un orificio entre la boca y las fosas nasales—*lupus sífilítico*;—el velo palatino, así deformado, puede contraer adherencias con la faringe constituyendo la *anquilosis* faringo-estafilina, que cierra más ó ménos completamente la comunicacion entre la faringe y las fosas nasales, en perjuicio de la resonancia de la voz, de la deglucion, de la audicion y de la olfacion; lesiones todas estas difíciles de corregir por la autoplastia y que de ordinario demandan los auxilios de la prótesis quirúrgica.

6.<sup>a</sup> Los *gomas* de la *laringe* forman abultamientos de volúmen variable desde el de un cañamon al de una almendra, que dañ á la superficie mucosa un aspecto lobulado; al abrirse dan lugar á una ulceracion más ó ménos profunda, que frecuentemente destruye los cartílagos y especialmente los aritenoides y el ericoides y la epiglotis; al cicatrizar pueden determinar atresias, adherencias y desigualdades poliposas, correspondiendo á estas lesiones orgánicas los síntomas de indolencia al principio, despues, cuando hay ulceracion, dolor laríngeo, espontáneo ó á la presion, disfagia, ronquera ó afonía, sibilacion respiratoria ó expiratoria, sofocacion y aun á veces asfixia repentina, por edema sub-mucoso, esta afeccion, curable con el ioduro de potasio desde el principio, antes de ulcerarse el goma, es muy difícil de curar cuando hay destruccion de cartílagos, adherencias, atresias, etc.

7.<sup>a</sup> Los *gomas* de la *tráquea* y *brónquios* son muy raros y consisten en pequeños abultamientos de apariencia folicular, que al ulcerarse, pueden destruir los cartílagos, obrando entonces los detritus de estos como cuerpos extraños, que provocan tos y asfixia; el enfermo acusa dolor retro-esternal, conserva la voz, aun cuando algo ronca, tiene disnea y aun á veces asfixia, que no se remedia ni aun por la traqueotomía; en los últimos períodos la enfermedad parece una tisis de la tráquea.

SEÑORES: Repetidas veces lo he dicho: en las enfermedades diatésicas—herpetismo, escrófula, sífilis—el sistema mucoso es un teatro en donde se representan las mismas escenas patológicas del tegumento exterior. No debe, pues, sorprendernos que, así como en el período secundario hemos encontrado representaciones eruptivas, es decir, hiperémicas, eritematosas y papulosas, en el sistema mucoso, hallemos durante el período terciario, las pústulas, las úlceras, los tubérculos y sobre todo los *gomas*, que constituyen la neoplasia de la sífilis. Las diferencias clínicas que notaremos respecto de las dermatosis sífilíticas, quedarán satis-

factoriamente explicadas por la textura mucho más fofa de la mucosa, por su mayor vascularización, por la humedad de que está incesantemente bañada, por los grados de su sensibilidad y, en fin, por la diversidad de sus funciones. Así, no busqueis pústulas ni costras en las membranas mucosas: en su lugar hallareis solo úlceras más ó ménos profundas, de las cuales manan humores purulentos, á veces infectos, ó bien aparecen tapizadas de una capa diftérica.

Pero las diferencias clínicas de los *sifilomas* mucosos no resultan solamente de su comparación con los cutáneos, sino que aquellos ofrecen entre sí notabilísimas particularidades, según la región en donde aparecen, porque, siendo distintas la estructura, los vínculos, las relaciones y los usos fisiológicos de la membrana, han de ser diversos los caracteres de las lesiones de que es asiento, por más que en todas partes obedezcan á un mismo proceso morboso.

Un caso reciente de *gomas de la lengua* hemos tenido en la Clínica. Recordad la firmeza con que aquella enferma que hace pocos días ocupaba el número 34 cabeza, de la sala Beato Oriol, negaba todo antecedente venéreo y sifilítico; nada en su piel ni en sus ganglios delataba la diátesis; pero en el dorso de la lengua se veían dos úlceras lineares, una mayor, en la parte media, en la cual penetraba el estilete cosa de un centímetro, y otra mucho más pequeña, que apenas era excavada. Un núcleo duro y profundamente enclavado en la masa del órgano, se percibía en los sitios correspondientes á las ulceraciones; dos núcleos más, que no correspondían á ninguna úlcera, se tocaban en las inmediaciones de los precedentes. La enferma se quejaba de que la lengua le dolía cuando comía ó bebía alguna sustancia irritante, y manifestaba cierta dificultad para pronunciar consonantes linguales y dentales.

Al preguntarla por la antigüedad de su afección, no supo decirnos cuándo se le habían presentado los tubérculos, puesto que éstos al principio no la causaban la menor incomodidad; los sufrimientos habían empezado en el momento en que se le llagó la lengua. La indolencia inicial, las induraciones nucleares y las ulceraciones excavadas, eran suficientes para hacer el diagnóstico de *gomas*, excluyendo desde luego la idea de una neoplasia cancerosa, la ausencia de vegetaciones proeminentes y la falta de dolores. El ioduro de potasio, á la dosis de 4 gramos diarios, auxiliado de colutorios calmantes, dió pronto muestras de la exactitud de nuestro juicio clínico, pues la enferma salió del hospital del todo curada de la lengua á los veintidos días; entonces ya no tenía empeño en ocultar que diez ó doce años atrás había tenido sífilis.

Mas no siempre los *gomas* de la lengua revisten el aspecto nuclear aislado que hemos observado en nuestros enfermos; los hay que, siendo pequeños, numerosos y superficiales, aparecen en el dorso del órgano, formando como un empedrado, tanto más visible, en cuanto, desprendido el epitelio en los sitios correspondientes, su color contrasta con el de las partes sanas. Otras veces los núcleos son mucho más voluminosos, hállanse profundamente enclavados en la masa muscular y forman en la superficie eminencias lobulares próximas entre sí, quedando entre unas y otras surcos más ó ménos pronunciados. Diríase que la lengua remeda la figura de las circunvoluciones y anfractuosidades del cerebro.

Ni en uno y ni en otro caso es de rigor el reblandecimiento de los sifilomas linguales: puede muy bien sobrevenir la esclerosis sin haber sido precedida de la ulceración, y esta esclerosis subsecuente á la ulceración se habría indudablemente

presentado en la enferma á que llevo hecho referencia, á no haber oportunamente intervenido con el ioduro potásico. Entonces la lengua se hubiera endurecido, constreñido y atrofiado; hubiera dejado de ser un órgano papilar, nervioso, glandular, vascular y muscular, para convertirse en un pequeño cuerpo *glosi-forme*, de tejido conjuntivo esclerotizado, tan inepto para las sensaciones gustuales, como para las secreciones mucosas y los movimientos expresivos: una lengua inhábil para el lenguaje.

Tambien el *velo del paladar*, la *úvula*, las *amígdalas* y la *faringe*, son á menudo asiento de úlceras, tubérculos y especialmente gomas sifilíticas.

Vereis úlceras sifilíticas terciarias en la cara anterior del *velo palatino*; mas no creais que no las haya á veces en su cara posterior; aquí, empero, entre que no causan grandes molestias, ni se ven á simple vista, pueden pasar desapercibidas. Cuando se examinan con buena luz directa y aun mejor con la reflejada por el espejo laringoscópico, estas úlceras aparecen redondeadas, algo proeminentes, de fondo gris amarillento y circundadas de una aréola rojiza. Por ellos el velo del paladar se presenta escotado, recortado y como festoneado. Cuando estas úlceras se ceban en las *amígdalas*, minan sus folículos, se insinúan á través de las lagunas y excavan profundamente la glándula, hasta destruirla totalmente. Terminado el proceso, en lugar de una amígdala hipertrofiada, como suele encontrarse de resultas de una angina tonsilar, se vé una fosa entre los dos pilares del velo palatino, si estos han sido respetados.

Las úlceras de la *faringe* son á veces tan profundas que parecen amenazar la integridad de la columna vertebral: á primera vista podria creerse que van á profundizar hasta los cuerpos de las vértebras cervicales; pero jamás llega seme-

jante caso, pues la aponeurosis precervical opone un dique suficiente para contener estas invasiones. Lo que hay en estas úlceras es propension á la gangrena y á la putridez, cosa que no solo se puede observar por la inspeccion directa, sino que además viene delatada por la extraordinaria fetidez del aliento.

A diferencia de las anginas vulgares, cuyo síntoma inicial es la disfagia, las afecciones ulcerosas terciarias de la mucosa *faringo-estafilina* son al principio tan poco molestas, que los enfermos tardan algunos dias en apercebirse de ellas; cuando lo advierten por los tormentos de la deglucion y por la sequedad de la garganta, las llagas ocupan ya una extension considerable ó han profundizado mucho.

A menudo se ven gomas circunscritos ó infiltracion gomosa en el *velo del paladar*. Aquí, como en todas partes, el goma tiene un primer período en que no hace más que abultar, entumecer, infiltrar, endurecer y entorpecer los movimientos del órgano, sin causar dolores que obliguen al enfermo á cuidar de su afeccion. De ahí que pocas veces nos sea dado observar la infiltracion gomosa palatina en su período inicial, en que el velo está abultado, rojo, duro y casi inmóvil, notándose ya desde entonces que el proceso tiende principalmente á fijarse en las inserciones óseas del susodicho velo, esto es, en las porciones horizontales de los palatinos. Viene la ulceracion, y entonces la destruccion suele ser muy rápida. Unas veces se encuentra la mucosa ulcerada en una grande extension superficial; otras, y es lo más frecuente, el velo ha sido perforado, presentando un grande ojal en uno de los lados, ó bien aparece como rasgado en la parte lateral de la úvula, de donde que esta sea arrastrada hácia el pilar íntegro. No es raro que, profundizando la destruccion, alcance la membrana fibro-mucosa que hace las veces de pe-

riostio en la bóveda palatina, de lo cual resulta que los huesos de esta, privados de riego, se necrosen en mayor ó menor extension, estableciéndose desde entonces una comunicacion anormal entre la boca y las fosas nasales.

Cuando la destruccion alcanza tan grandes proporciones, se dice que hay un *lupus sífilítico*, en razon á que el lupus verdadero, el *lupus terebrante*, causa tambien estragos parecidos; pero ¿es justificada esta denominacion? No; porque la neoplasia del lupus es una neoplasia especial, que no puede confundirse con la del goma y porque los remedios que suelen ser de grande utilidad en este, no reportan beneficio alguno en aquel.

Por lo demás, cuando el velo palatino, así roto y ulcerado, resulta convertido en una piltrafa que cuelga del paladar, puede suceder que esté tambien ulcerada la faringe: hállanse ambas superficies ulcerosas en recíproco contacto, ¡y en qué momento! cuando en las dos se va á desarrollar el proceso formativo cicatricial del tercer período del goma. De ahí que el velo palatino adhiera á la faringe, obstruyendo más ó ménos completamente los orificios posteriores de las fosas nasales: es la *anquilosis faringo-estafilina*. En este estado he visto una linda niña de una compañía ecuestre y acrobática, cuya afeccion databa seguramente de la infancia—sífilis infantil.—Al principio apenas podia deglutir; despues fué tragando, mediante la precaucion de comer con mucha lentitud; en la actualidad ingiere regularmente toda clase de alimentos y bebidas. Su principal defecto está en la voz, que es sumamente gangosa, por lo cual apenas se la entiende. Es un defecto que considero irremediable, pues en casos de esta naturaleza no hay que tener confianza en la autoplastia. Si se hubiese intervenido oportunamente, antes de la ulceracion y de la cicatrizacion deforme, con el ioduro potásico se

habria evitado la deformidad. Aun fué gran fortuna para esta niña que no se perforase la bóveda palatina, pues entonces habria habido necesidad de echar mano de un paladar artificial, ya que, en tales casos, pocas esperanzas puede inspirar la uranoplastia

Los *gomas laríngeas* se diagnostican por la inspeccion directa, que pone de manifiesto las lesiones anatómicas y por los síntomas subjetivos, que corroboran los resultados laringoscópicos.

Su volúmen es muy variable: los hay como un cañamon, como un guisante, hasta como una almendra; cubiertos por la mucosa ó albergados en su espesor, dan á la superficie laríngea un aspecto lobulado, parecido al que resulta de la presencia de tubérculos sifilíticos. Al abrirse, dejan, más bien que úlceras, excavaciones bastante profundas, en el fondo de las cuales no es raro encontrar necrosado algun cartilago. Los aritenoides son los que con mayor frecuencia son objeto de esta destruccion, que algunas veces se observa tambien en el cricoides y aun en la epiglotis. No se ha visto jamás la necrosis sifilítica del tiroides.

En pos del periodo de ulceracion que tales destrozos puede ocasionar, viene el de cicatrizacion; expuesto á consecuencias no ménos fatales. Si se forman nodos esclerosos, estos siembran de desigualdades permanentes la superficie de los ventrículos y de las cuerdas vocales; estas mismas cuerdas pierden su contractilidad, á causa de que se convierten en tejido escleroso; otras veces se forman bridas que tabican la cavidad y dificultan las vibraciones; otras aparecen pequeños núcleos fibrosos, que hacen perder el pulimento á la superficie; otras, en fin, sobreabundando por todas partes el tejido cicatricial, obra por su retractilidad característica causando una verdadera estenosis laríngea.

Tambien aquí el goma sifilítico es indoloro desde el principio; los enfermos enronquecen ó se vuelven afónicos, sin que perciban ningun obstáculo en la laringe; poco á poco y á medida que los gomas se van ulcerando, sobrevienen dolores espontáneos, que se exasperan notablemente por la compresion, y desde entonces tambien suele haber disfagia. La atrofia aumenta; la respiracion se acompaña de silbidos laríngeos en la espiracion ó en la inspiracion y hay más ó ménos disnea, con poca ó ninguna tos. En tal estado, puede acontecer que un secuestro de cartílago se desprenda y caiga en la tráquea y en los bronquios, originándose, por tal motivo, un intensísimo ataque de sofocacion, que puede ir seguido de asfixia. En otros casos la asfixia se declara súbitamente, á consecuencia de un edema sub-mucoso, fraguado con suma rapidez. ¡Cuántas veces la traqueotomía no ha conseguido remediar este estado, á causa de que el edema se habia propagado hasta las partes más profundas de la tráquea!

La indolencia inicial de los gomas laríngeos suele ser la causa más comun de su incurabilidad, porque los enfermos no acuden oportunamente para recibir los benéficos efectos que en tal periodo produce el ioduro de potasio; despues, cuando hay úlceras, necrosis, nodosidades, esclerosis, bridas ó atrésias laríngeas, la medicacion específica da resultados muy escasos.

Tambien hay gomas en la *tráquea* y hasta en los bronquios; justo es, empero, decir que en partes tan profundas de la mucosa aérea son estas neoplasias muy raras. Cuando existen, consisten en pequeños abultamientos, que podrian confundirse con granitos foliculares. Al principio no causan ninguna incomodidad; solo más tarde, cuando se ulceran, se acompañan de tos y de disnea y sobre todo de un *dolor retro-esternal*, que puede considerarse característico de esta afeccion.

Aquí, como en la laringe, los gomas ulcerados pueden llegar á destruir los cartílagos, formándose de esta manera pequeños secuestros que, al caer en las vías respiratorias, pueden determinar una asfixia rápidamente mortal, ya que ni siquiera sería remediable por la traqueotomía.

Es notable que estos enfermos con todo y presentar los síntomas de un catarro pulmonar crónico, ó mejor de una tisis traqueal, pues enflaquecen, tienen fiebre lenta y no cesan de toser, conserven la voz, aun cuando más ó menos ronca. El hecho se explica recordando que los gomas no residen en la laringe, ó sino en la tráquea ó en los brónquios.

De todos modos, este síntoma negativo—voz más ó menos clara—acompañado de dolor retro-esternal, tos y disnea, será suficiente para no confundir los gomas traqueales y bronquiales con los laríngeos ni con la tuberculosis.

Este diagnóstico será tanto más útil cuanto más al principio se haga, pues en la tráquea y con los brónquios, como en cualquier otra parte, los gomas son curables con ioduro, desde el principio; mientras que resisten á toda medicación cuando hay úlceras, necrosis ó núcleos escleróticos.

## LECCION XLVI

### Lesiones terciarias del sistema mucoso

(Continuacion)

### Lesiones terciarias de los músculos, tendones y aponeurosis

#### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> Todas las partes del conducto cibal, desde el exófago hasta el ano, pueden ser asiento de gomas sifilíticas con todas sus consecuencias; pero el recto y las márgenes del ano es en donde con mayor frecuencia se observa esta neoplasia.

2.<sup>a</sup> Los sifilomas del *exófago* son temibles por su tendencia á producir la estenosis de este conducto, á causa de la hiperplasia del tejido esclerosado que determinan; en el estómago é intestinos pueden dar lugar á una ó más úlceras profundas, resultantes de tumores gomosos, de los cuales más tarde ocasionan infiltraciones ó núcleos escleróticos, ó bien el goma se manifiesta en estado de *infiltracion difusa*, sin haber sido precedido de ulceracion; lo difícil es diagnosticar la índole sifilítica de estas lesiones, en razon á que, aparte los antecedentes, los síntomas con que se manifiestan en nada difieren de los de causa comun.

3.<sup>a</sup> Los *gomas del recto y ano*, mucho más frecuentes en la mujer que en el hombre, pueden ser circunscritos y difusos; en el primer caso constituyen núcleos sub-mucosos que se reblandecen y abren sembrando de úlceras el intestino y despues, al cicatrizar, dejan estrecheces por depósitos de tejido esclerotizado; los difusos, sin ulcerarse, forman desde luego depósitos escleróticos, especie de virolas completas ó incompletas, que son causa de estrecheces rectales, con todos sus graves síntomas y consecuencias; por encima de la estrechez, el intestino se dilata y se ulcera, dando un pus, á veces tan abundante, que abate las fuerzas del enfermo; si el núcleo esclerótico forma proeminencia inferior, el ano presenta un tumor lobulado, á causa de sus repliegues naturales; sean circunscritos ó difusos los gomas rectales, la estrechez que determinan ocasiona grandes dificultades para la exoneracion; el escremento se retiene muchos dias y cuando se evacua, es filiforme; la nutricion se altera, viene consuncion y el enfermo sucumbe despues de haber sufrido atroces tormentos; solo el ioduro

potásico, administrado á tiempo, puede triunfar de esta afeccion; debiendo emplear medios mecánicos para evitar una coartacion, que, una vez efectuada, seria arriesgado destruir con violencia.

4.<sup>a</sup> Las lesiones *sifilíticas terciarias de la mucosa genital del hombre*, pueden ser pústulo-crustáceas, tuberculosas y gomosas; las *pústulas* pueden ser resolutivas, en cuyo caso no difieren de las de la piel, ó *ulcerosas*; hallándose estas en el glande y ofreciendo una base indurada, tienen las mayores analogías con el *chancro sifilítico*, y por ellas se ha creído equivocadamente en la existencia de chancros infectantes de resultas de un segundo contagio; los *tubérculos* ulcerados del glande, tienen semejanzas de aspecto con el *chancro simple*, pero se distinguen de él en que las úlceras son más profundas, tienen cubierto el fondo de una escara pultácea; cuando hay varios, no son sucesivos, sino simultáneos; no son reinoculables, su curso es eminentemente crónico y no se acompañan de adenitis inguinal; los *gomas* del glande pueden formar núcleos aislados, que se ulceran dejando hondas cavidades y van seguidos de nodos cicatriciales; ó bien se presentan bajo el aspecto de *infiltracion difusa*, que endurece el contorno de la uretra, constriñe este canal y, obrando como una estrechez, puede ser causa de fístulas urinarias.

5.<sup>a</sup> Las lesiones sifilíticas terciarias de la *mucosa genital de la mujer* rara vez aparecen en la vagina, sino en la mucosa uretral y cuello uterino; las *ulcerosas* son más ó ménos regularmente circulares, indoloras y ceden fácilmente al tratamiento específico; los *gomas* pueden ser circunscritos ó difusos; los primeros forman núcleos aislados, seguidos de ulceraciones y nodos escleróticos; los últimos comprometen grande extension de tejidos de la vulva, ulcerándolos y corroyéndolos; al propagarse á la uretra una tal destruccion, este conducto es como desimplantado de sus vínculos, por lo cual se ve el meato dilatado y como hundido en el fondo de un embudo; en el cuello del *útero* las sífilides terciarias pueden, como las secundarias, pasar desapercibidas, en razon á su indolencia y normalidad de las funciones uterinas; forman escotaduras ulcerosas del cuello, tapizadas de una capa amarillenta, que se encaminan fácilmente á la curacion con el auxilio del iodoño y de un buen tratamiento tópico.

6.<sup>a</sup> En los *músculos* la sífilis, en su periodo terciario, determina *gomas* de forma nuclear ó infiltrados, que se caracterizan por abultamientos duros, enclavados en el seno del órgano, solo movibles con estos y formados de tejido embrionario, que puede organizarse, esclerotizándose primitivamente y determinando la contractura permanente, ó reblandecerse, formando una coleccion líquida, que se abre paso al exterior, viniendo luego los depósitos plásticos propios del proceso cicatricial y tambien la consiguiente contractura.

7.<sup>a</sup> Los *gomas* sifilíticos son muy raros en los *tendones y aponeurosis*; en aquellos forman nodosidades duras é indoloras, que, reblandeciéndose ó sin reblandecerse, acaban por adherir el tendon á su vaina, impidiendo su desbridamiento; en las aponeurosis forman chapas que esclerotizan su superficie, sin adherirse á los tegumentos.

SEÑORES: la sífilis en su periodo terciario, puede atacar todos los puntos de la *mucosa digestiva*, desplegando el proceso de proliferacion de tejido embrionario, seguido ó no de reblandecimiento y ulceracion y terminando por esa organi-

zacion esclerosa que caracteriza al *goma*. Las alteraciones orgánicas y funcionales que de estas lesiones específicas resultarán, serán diferentes segun el lugar en donde nazca y evolucione la neoplasia, pues es fácil comprender que los síntomas de la atresia variarán segun radique en el exófago, en el estómago, en los intestinos delgados, en los gruesos ó en las inmediaciones del ano.

Siempre y cuando ocurran dificultades en la deglucion *exofágica* y estas no puedan achacarse á una neoplasia vulgar, ni á trastornos nerviosos, deberemos consultar los antecedentes del enfermo, pues es de temer la presencia de un tumor gomoso en el exófago. En tal caso habrá una estrechez causada por un depósito de tejido embrionario en el submucoso, y por encima de la estrechez una dilatacion más ó ménos considerable. Ningun síntoma especial indicará que la estenosis exofágica sea de origen sifilítico; pero por poco que existan motivos para sospechar esta procedencia, deberemos echar mano del ioduro de potasio; debiendo entender, empero, que este medicamento, precioso al principio de la enfermedad, será de poca eficacia cuando la estrechez se habrá confirmado. El enfermo, aniquilado por la inedia, morirá tísico, si ya no es que por medios quirúrgicos se consiga dilatar el exófago ó que se procure la alimentacion á través de una boca gástrica.

En el *estómago é intestinos* el sifiloma puede presentar formas ulcerosas ó depósitos plásticos nucleares. Cuando estos ocupan el orificio pilórico, determinan síntomas análogos á los de cualquiera otra causa de atresia—por ejemplo, el escirro, aun cuando sin los dolores ni tumor palpable á través de las paredes abdominales—que conducen al diagnóstico de la afeccion. Cuando las neoplasias sifilíticas del estómago son ulcerosas, pueden ofrecer un gran tamaño y presentar

la figura circular que caracteriza á la úlcera de Rokitanski, ó ser muy numerosas y pequeñas. En todos casos la inspeccion necroscópica demostrará induracion del fondo y de los bordes, como consecuencia de la neoplasia esclerótica propia de los gomas.

Si son raros los gomas del exófago y del estómago, lo son aun mucho más los de los intestinos delgados y aun del ciego y del cólon. Su anatomía patológica no difiere de la que llevamos expuesta, y en cuanto á sus síntomas, son fáciles de colegir, dado que conocemos la falta de reaccion y de dolores propios del primer periodo de las neoplasias sifilíticas, la ulceracion y secrecion mucilaginosa del segundo, y la esclerosis, con propension á determinar estrecheces propias del tercero. La poca frecuencia de estas afecciones y la similitud de sus síntomas con otras lesiones intestinales de causa comun, obligan á fundar el diagnóstico más bien en los antecedentes que en el estado presente del enfermo. Nunca, en casos de duda, estará de más ensayar el ioduro de potasio.

Mucho más importantes y más frecuentes son los sífilomas del *recto* y de las inmediaciones del *ano*; y, cosa notable—en cuya etiología deben entrar varios factores—por cada caso de gomas rectales que se observan en el hombre, hay nueve ó diez en la mujer. Digo que debe ser complexa esta etiología, porque deben tener influencia el cóito extra-genital, el embarazo y las afecciones uterinas, puesto que en el mayor número de gomas ano-rectales del bello sexo se han observado á consecuencia de las referidas condiciones.

Los gomas del recto, como los de las demás partes del tubo digestivo, pueden presentarse formando tumores circunscritos ó en masas neoplásmicas infiltradas en el tejido submucoso.

Los *gomas circunscritos* forman abultamientos más ó ménos

voluminosos que levantan la membrana, sin que al principio causen disturbios notables en las funciones de esta. Más tarde se reblandecen, y al abrirse, dejan poblado el recto de úlceras á veces muy profundas. Cada una de estas úlceras viene luego á hacerse asiento de un trabajo cicatricial, con abundante proliferacion de tejido conjuntivo, que disminuye la cavidad hasta el punto de determinar una verdadera estrechez del intestino. Desde este instante, los perjuicios que causan los gomas circunscritos son completamente idénticos á los que ocasionan los difusos.

Los gomas *difusos* ó *infiltrados* del recto sin ser precedidos de ulceracion, forman primitivamente virolas, ó círculos completos ó incompletos, que obstruyen la luz del intestino, constituyendo la *estrechez del recto*. Por lo comun estas neoplasias ocupan el tercio inferior de este intestino, y si tanto abultan y descienden, vienen á hacerse visibles en las márgenes del ano. En este sitio forman tumores lobulados, pues los pliegues naturales de la region subdividen en varios segmentos la masa de la neoplasia. Puede acontecer que, progresando más y más el sifiloma, rebase los lindes del orificio anal y forme un tumor en el fondo del surco interglúteo, circunscrito por las nalgas.

La sustancia del sifiloma es el agente mecánico de la estrechez rectal; por encima de ésta, el intestino presenta una dilatacion ampulosa, debida á la retencion prolongada de las materias fecales. Estas, que á su vez actúan como agentes irritantes, suelen ser causa de que la mucosa que inmediatamente subsigue á la estrechez se ulcere y supure en abundancia, dando lugar á flujos purulentos que postran al enfermo y á que el sifiloma, al influjo de una irritacion continúa, pierda su consistencia, se reblandezca y caiga en el fagedenismo ó se haga asiento de putrefaccion.

El principal y gravísimo inconveniente de los gomas rectales es la estrechez del intestino, que lleva como consecuencia necesaria los máyores obstáculos á la defecacion. El enfermo retiene cuanto puede las heces ventrales, pues sabe que cada defecacion es una sesion de sufrimientos. Los excrementos se acumulan y resecan por encima de la estrechez; los pocos que son expulsados, á costa de extraordinarios esfuerzos, que á veces causan congestion pulmonal ó cerebral, salen en forma de macarrones ó fideos, cual si hubiesen pasado por una hilera. El enfermo se solaza administrándose lavativas, que deslien y hacen mas expelible la masa estercorácea; llega empero un dia en que ya ni una cánula de jeringa penetra en el recto. Si toma purgantes, no tarda en advertir que el alivio es pasajero, puesto que, en fuerza de usarlos, aumentan la estipticidad y los pujos. En tal estado, los pacientes agotan todos los recursos del ingenio para procurarse defecaciones más abundantes; mujer ha habido que malaxaba y empujaba hacia el ano los excrementos, á través de la vagina. Todo es en vano: la estrechez va en aumento y con ella los sufrimientos. La nutricion se resiente profundamente; viene fiebre de consuncion y no es raro que la tuberculosis termine las tristes escenas de dolor en unos enfermos que anhelan la muerte como el mayor de los beneficios.

Se equivocaria gravemente el que creyera que los medios de dilatacion mecánica, que tan buenos efectos producen en otros casos de estrechez rectal, son aplicables á los de origen gomoso. El tejido es tan friable y tan poco susceptible de ser dilatado, que muchas veces ha bastado la introduccion de una sonda para producir una perforacion intestinal, seguida de peritonitis y de muerte.

Así, pues, la regla de conducta en los sifilomas rectales

consiste en prevenir, más bien que *combatir* la estrechez: administrad ioduro, si llegais al principio del mal; introducid cuerpos que mantengan la capacidad del intestino; lubrificad á menudo la mucosa con enemas mucilaginosos y aceitosos, y ordenad aplicaciones de pomadas belladonizadas, para suavizar el tránsito de los excrementos. Lo que no consigais con estos medios sencillísimos, no lo lograreis con otros más violentos y verdaderamente ocasionados á fatales resultados.

De vez en cuando se presentan en la clínica enfermos, completa y antiguamente sifilizados, con úlceras de base indurada en el *balano*, que parecen probar que la anterior sifilizacion no bastó á preservarles de nuevo contagio. Estos afectos, no son más que *sifilides pustulo-ulcerosas* terciarias ó *gomas ulcerados* del glande.

¿Quereis de esto una prueba? La hallareis en individuos sifilíticos desde antiguo, en quienes idénticas úlceras se han desarrollado, sin prévia relacion sexual, directa ni indirecta.

Mas no todas las sifilides terciarias de la mucosa balano-prepucial son ulcerosas; las hay *pustulosas resolutivas*, esto es, que forman grano con costra y desaparecen, sin ir seguidas de úlcera ni de cicatriz. Estas no ofrecen dificultades para el diagnóstico, pues ni pueden confundirse con el accidente primitivo, ni en nada difieren de las que pueden presentarse en cualquier otro punto del tegumento.

No sucede así con algunos tubérculos *sifilíticos ulcerosos* de la region que estamos estudiando, pues, careciendo de base indurada, y supurando en abundancia, pueden remedar, no un chancro sifilítico, sino varios chancros venéreos ó simples. Un poco de atencion bastará para preservarnos del error: los

chancros venéreos tienen fondo supurativo; el de las llagas resultantes de sífilides tuberculosas es pultáceo, gangrenoso; los chancros simples son múltiples, pero, como resultantes de auto-inoculaciones sucesivas, son también sucesivos; las úlceras tuberculosas son múltiples y simultáneas; los chancros se complican con adenitis supuratoria, chancrosa; las llagas tuberculosas no tienen reflejos inguinales; las úlceras venéreas son auto-inoculables; las tuberculosas no lo son; por último, los chancros venéreos no se modifican por el ioduro de potasio, mientras que las úlceras sifilíticas terciarias ceden rápidamente á este específico.

En la sala de Santo Tomás número 17 acabamos de ver un enfermo que prueba que la sífilis gomosa no siempre tiene la forma circunscrita, sino que á veces el tejido esclerótico se infiltra, para endurecer las partes y estrechar la uretra hasta el punto de reducir este conducto á la capilaridad. Recordad la *dureza lignea* del glande y del tercio anterior de la porción libre de los cuerpos cavernosos. Este hombre habia tenido muchos años atrás una úlcera en el balano, y todos los antecedentes hacen pensar que ésta fué resultado de un goma sifilítico; al cicatrizar la llaga, lo hizo tan mal, que obstruyó el meato y una gran parte de la uretra; de resultas sobrevino una colosal estrechez, á la cual subsiguieron abscesos y fístulas urinarias; fué sondado con mala suerte, pues le hicieron falsa vía: nuevos abscesos y nuevas fístulas; nosotros con cateterismos enérgicos, pero prudentes, habíamos conseguido restituir la micción por la vía ordinaria. Hubo de ser otra vez sondado con mala suerte, esto es, con otra falsa vía. Cuando le volvimos á ver, tenia un enorme absceso urinoso en el periné y asomaban los síntomas de la *amonohemia*, á la cual y á una hemorragia—por hemofilia, propia de la amonohemia—á través de unas sajas del escroto, infiltrado, acaba

de sucumbir. Existen, pues, gomas penianas, es decir, de la uretra, y aun de los cuerpos cavernosos en estado de difusion, que vuelven leñoso el miembro, obstruyen su conducto y le inhabilitan para sus funciones.

Es muy de sentir que estas lesiones dependientes de la sífilis terciaria puedan ser confundidas con chancros sifilíticos ó venéreos, pues administrando oportunamente el ioduro de potasio, no veríamos llegar la esclerosis ni sus graves consecuencias.

Señores: cuando exploreis los genitales de la mujer, no busqueis lesiones venéreas ni sifilíticas, en la mucosa de la vagina. Lo sifilítico y lo venéreo del bello sexo, se halla en lo más alto y en lo más bajo del conducto vulvo-uterino: en la vulva y en el cuello de la matriz.

En la *vulva* se ven sífilides ulcerosas terciarias, que comenzaron por pústulas, de donde su redondez primitiva, que seria permanente, á no mediar la contigüidad y la confusion de contornos con otras úlceras. ¡Cuántas veces las enfermas no saben que sean portadoras de tales lesiones, pues, además de que no les causan dolores, se curan espontáneamente y aun mucho mas al influjo del ioduro!

Mucho más graves y destructores son los *tubérculos*, pues al ulcerarse, corroen y, por consiguiente destruyen, los grandes ó pequeños labios, la horquilla, el clítoris ó los alrededores del meato. El propio efecto producen los *gomas*, nucleares ó infiltrados, que, al abrirse, despues de reblanquecidos, dejan profundas excavaciones, que pronto se cubren de tejido esclerótico. Casos hay en que la destruccion gomosa se ceba en las inmediaciones de la uretra; la neoplasia profundiza, excava el conducto, se apodera de los contornos

del meato y entonces, este, en vez de hallarse contiguo al clítoris, se retira al fondo de una excavacion infundibiliforme, correspondiente al vestíbulo.

En el  *cuello uterino*, respecto de la sífilis terciaria, hallamos las mismas prerogativas que respecto de la secundaria y del accidente primitivo; pues si presenta úlceras que le corroen y escotan sus labios, úlceras de fondo amarillento y pultáceo, verdaderos gomias ulcerados, estas lesiones son poco ó nada dolorosas y curan con asombrosa facilidad, de manera que es mucho más comun hallar vestigios cicatriciales, que verdaderas llagas.

Señores: el órden topográfico impone que á continuacion de las lesiones sifilíticas del tejido conjuntivo y de las membranas mucosas, nos ocupemos de las de los  *músculos, tendones y aponeurosis*; pero ¿pensais que en estos tejidos hemos de encontrar procesos diferentes de los que hasta aquí hemos estudiado? Tejidos son de sustancia conjuntiva y, por consiguiente, la neoplasia sifilítica, el  *goma*, será en ellos el fundamento de su perturbacion anatómica.

No tenemos casos clínicos en que apoyar la historia de la sífilis terciaria en los sistemas muscular, tendinoso y aponeurótico:..... no es extraño, porque estas lesiones son sumamente raras. Por este motivo, no quiero hacerlas objeto de una Leccion especial: bastarán los últimos minutos de la presente, para dejar compilada la expresion de algunos hechos que se conservan en los anales de la clínica.

Hanse visto gomias musculares circunscritos ó difusos en los músculos; se sabe que de estos los más largos son los más predispuestos á presentar estas lesiones, y se ha observado que, bien formen tumor reblandecido y luego ulcerado, ó

bien constituyan masas infiltradas en los espacios inter-fibri-  
lares de los músculos, la formación de tejido esclerótico es  
la consecuencia del proceso morboso. Véanse entónces, en  
medio de las masas de sustancia conjuntiva densa de nueva  
formación, algunas fibras musculares disociadas, puesto que  
han sido separadas por el enorme incremento de la neopla-  
sia. El resultado fisiológico de este proceso es la *contractura*  
permanente de estos músculos, contractura de todo punto  
irremediable, puesto que se reproduce apenas ha cesado el  
esfuerzo extensor. Solo en los primeros tiempos del mal, se-  
ría curable con el específico.

Los *tendones* adolecen de las mismas lesiones sifilíticas que  
los músculos; pero cuando los gomas se desarrollan en luga-  
res en donde aquellos deslizan á través de bolsas serosas, se  
traba entre el tendón y la membrana la adherencia más ín-  
tima, cuyo resultado es la completa inhabilitación de aquel.

¿Que diré de las *aponeurosis*? Aquí los *gomas* no pueden for-  
mar ni forman tumores ó elevaciones circunscritas, sino  
chapas ó corazas, más ó ménos extensas, cuya consistencia  
es tanta y su composición tan homogénea, que nunca apa-  
recen adheridas á la piel ni al tejido areolar sub-cutáneo,  
por más que la fascia sea tan superficial como la de la cara  
externa del muslo, que es la que ha ofrecido ejemplos más  
numerosos de esta rara lesión.

## LECCION XLVII

### Lesiones sifilíticas terciarias de los huesos

#### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> Las lesiones óseas del periodo terciario de la sífilis, corresponden al desarrollo y evolucion del goma, que puede ser *infiltrado* y *difuso* ó *circunscrito*.

2.<sup>a</sup> En la *infiltracion* gomosa, los conductillos de Havers se dilatan y se llenan de un jugo rojizo y gelatinoso, al principio, que luego se vuelve amarillento; la sustancia intertubular que forma las láminas concéntricas, es gradualmente reemplazada por la neoplasia; hay excesiva proliferacion de *medulocles* subperiósticos y medulares, que se mezclan con núcleos libres; la sustancia ósea se va reabsorbiendo y es reemplazada por los depósitos de la neoplasia; estos, al influjo de una medicacion conveniente, se transforman en materia grasienta y son reabsorbidos; de lo contrario, se declara la *osteitis condensante*, que consiste en una formacion osteofítica alrededor y en lo interior de los conductitos vasculares, á los que estrecha, *condensando* el hueso; si es muy abundante la neoplasia ósea, forma proeminencia—*exóstosis*—; disminuido el riego nutricional del hueso, por el estrechamiento de los conductillos vasculares, sobreviene la *necrosis*, formándose uno ó más *secuestros*, de figura irregularmente circular y más densos—*ebúrneos*—más pequeños que la depresion que al desprenderse dejan en el hueso; su superficie es escabrosa—pues han sido precedidos de reabsorcion de la sustancia ósea—y están rodeados de un tejido mucho más denso y abundante que el normal; de donde un reborde saliente, que precede y hace más perceptible la depresion causada por la eliminacion del secuestro.

3.<sup>a</sup> La sífilis terciaria en el perióstio da lugar á formaciones osteofíticas—*periostosis* ó *exóstosis epifisarios*—de un tejido más denso que el normal, que se notan en los huesos superficiales.

4.<sup>a</sup> Cuando la formacion *osteofítica ebúrnea* se efectúa, no debajo del perióstio, sino en el espesor de un hueso, se presentan pequeñas eminencias neoplásicas, circulares, que constituyen la *exóstosis anular* de Ricord.

5.<sup>a</sup> En huesos que circunscriben cavidad—los del cráneo—pueden encontrarse frente á frente dos sífilomas circunscritos, el de la tabla externa y el de la interna, y progresando ambos, dar lugar á una perforacion, que si bien pue-

de más tarde ser obstruida por un proceso de formación ósea, queda siempre por ambos lados una depresión, tanto más notable, en cuanto en una y otra superficie hay un rodete saliente, producido por la osteitis condensante.

6.<sup>a</sup> En los huesos cortos, puede el goma sífilítico determinar una extraordinaria rarefacción del tejido medular, con dilatación de la sustancia compacta de la superficie, excavando el hueso y dando lugar á una lesión análoga á la que los antiguos llamaban *espina ventosa*.

7.<sup>a</sup> La necrosis sífilítica, se caracteriza por los síntomas propios de las otras necrosis—supuración, trayectos sinuosos, ulceración de la piel, etc.—y se distingue de ellas por la densidad y rugosidad de los secuestros; por hallarse estos rodeados de una neoplasia de tejido óseo eúrneo; por no presentar fungosidades; por tener los secuestros un diámetro menor que la superficie de donde se han desprendido y por su figura ó circunferencia, que recuerda los vestigios de muchos círculos confundidos entre sí.

8.<sup>a</sup> Aun cuando no dejan de verse caries de naturaleza sífilítica, es mucho más frecuente la necrosis; todo lo contrario acontece respecto de las afecciones escrofulosas

9.<sup>a</sup> Las afecciones de índole sífilítica se observan mucho más frecuentemente en huesos ó partes de hueso superficiales; las escrofulosas se ceban particularmente en huesos profundos ó partes profundas de los huesos.

10.<sup>a</sup> El síntoma subjetivo más característico de los gomas sífilíticas son los *dolores esteócopos*; se distinguen de los *reumatóideos* por no ocupar las epifisis, sino las diáfisis; de los *reumáticos* por ser continuos y exacerbantes por el calor de la cama—por las noches—y de los *neurálgicos* por no irradiarse siguiendo trayectos nerviosos conocidos.

11.<sup>a</sup> La localización de los sífilomas óseos en determinadas partes del esqueleto, induce diferentes modificaciones sintomatológicas: en el *cráneo*, se inician por cefalalgia, forman abultamientos duros, que despues se reblandecen y fluctúan, apareciendo rodeados de un reborde saliente, debido á la osteitis condensante; al influjo de la medicación específica, se reabsorben, dejando huellas cicatriciales en el hueso, pero son propensos á la recidiva; si llegan á reblandecerse y á ulcerar el tegumento, dan lugar á fistulas, expresión de necrosis y pérdidas de sustancia de mucha superficie, y hasta pueden perforar el hueso, poniendo al descubierto la dura-madre; en la *órbita* determinan edema palpebral y dolores paroxísticos nocturnos, que se distinguen de los neurálgicos en que estos son matutinos; á veces se toca el tumor óseo intra-orbitario y el diagnóstico no ofrece dificultades, pues entonces suele haber exoftalmia y los trastornos consiguientes á la compresión del globo del ojo y sus anexos; en los *maxilares superior é inferior* determinan necrosis del borde alveolar, con pérdida de los dientes y fetidez del aliento; en la *bóveda palatina* la necrosis ocasiona perforaciones; en los *huesos propios de la nariz*, es causa de deformidad y de fetidez del aliento, como en la ozena; en el *vómer* resulta este hueso perforado, comunicando ambas fosas, pero queda íntegro el *sub-tabique*; en las *vértebras cervicales* forma el pus un absceso retro-faríngeo, causa de disfagia, y hay á la vez rigidez del cuello; la neoplasia profundiza hasta el conducto medular y vienen los dolores y trastornos en la motilidad que son consiguientes.

12.<sup>a</sup> El *tratamiento* de los gomas óseas reclama, en primer término, el *ioduro de potasio*, á altas dosis, simultaneado con los mercuriales, si no fueron usados anteriormente; como medicación tópica, los remedios comunmente empleados contra la osteitis y la necrosis, y en casos de destrucción ósea y perforaciones del paladar, de las mandíbulas ó de la nariz, los medios protésicos.

SEÑORES: Para adquirir una idea clara de las *lesiones sifilíticas terciarias* de los huesos, es indispensable recordar algunos puntos de su estructura. En primer lugar, no debemos perder de vista que el tejido óseo pertenece al grupo de los de sustancia conjuntiva; tiene conductillos—los de Havers—por donde se efectúa el curso y reparto de los líquidos nutricios; estos tubos vasculares están rodeados de laminillas concéntricas, en cuyo espesor se hallan diseminados y recíprocamente anastomosados los corpúsculos óseos, cuyas prolongaciones tubulares sirven para difundir aun más lejos de lo que podrían hacerlo los conductitos de Havers, el plasma de la sangre. Así, pues, como os decía en otra ocasión empleando una comparación vulgar, un hueso, y principalmente un hueso largo, es un haz de cañas, repletas de jugos nutricios y adheridas entre sí por una sustancia fundamental ó conjuntiva y formada cada caña de una porción de tubos invaginados que al corte transversal aparecen bajo la forma de laminillas. No olvidemos el periostio: su papel fisiológico es preparar el reparto equitativo de los vasos y, por consiguiente, de la sangre, desde que penetran en el hueso—papel de *pia madre*—al propio tiempo que de subvenir á la formación de nuevo tejido óseo, si en algun punto éste se halla en defecto. Tengamos, por fin, un recuerdo para la médula, el jugo medular, los corpúsculos mieloideos y los mieloplaxas, y sentiremos, que el hueso es un órgano formado de una sustancia fundamental, en parte orgánica y en parte inorgánica, combinada en proporciones definidas, y además, de tubos, de vasos y de células de diferentes tamaños y figuras.

Ahora bien, siendo de tejido conjuntivo la neoplasia sifilítica, el goma podrá atacarle de dos maneras: *infiltrándose* entre sus elementos constitutivos, ó formando *núcleos circunscritos* más ó ménos grandes y numerosos.

Hé aquí lo que sucede cuando hay *infiltracion gomosa*. Al principio, la neoplasia consiste en un jugo gelatinoso y rojizo, que rellena los conductitos de Havers y hasta los dilata considerablemente; la sustancia inter-tubular es á su vez reemplazada por una produccion semejante á la que llena los conductos; por debajo del periostio y en el conducto medular, se nota un considerable aumento de las células llamadas *medulocelas* y con ellos se mezclan infinito número de núcleos libres. Tal es la nueva sustancia que viene á ocupar el lugar del tejido óseo.

En tal estado, pueden haber intervenido el yoduro de potasio ó el mercurio y haber provocado un proceso regresivo: el jugo gelatinoso de los conductitos de Havers se vuelve amarillento, esto es, grasiento, y él y toda la materia infiltrada en sus inmediaciones son reabsorbidos, por lo cual el hueso recobra sus condiciones normales.

Cuando no hay intervencion medicamentosa específica, la neoplasia continúa por la vía de la condensacion, declarándose la llamada *osteitis condensante*, la cual se distingue por una considerable produccion osteofítica: los conductitos de Havers se rellenan de materia ósea, lo cual, unido á que ella misma se deposita tambien en la sustancia inter-canalicular, anteriormente infiltrada, es causa de que aquellos disminuyan considerablemente de calibre y aun se obstruyan. El hueso queda, por consiguiente, ménos poroso, mucho más denso. Si tanto abunda la neoplasia ósea, forma excedencias en la superficie, que llevan el nombre de *exóstosis*.

Por tales lesiones de textura, los vasos que riegan el hueso son obstruidos: la sangre, por consiguiente, falta en el mismo tejido óseo; de donde, *necrosis*; fórmanse *secuestros* circulares, ó por mejor decir, limitados por líneas curvas, que recuerdan la subintracion de varios segmentos de círculo; y

como en esta parte los conductitos óseos habian sido ya estrechados ú obstruidos, por la formacion osteofítica, los sequestros son poco ó nada porosos, son *ebúrneos*,—comparados al marfil.—En tanto, alrededor del secuestro continúa proceso osteofítico, de lo cual resulta que aquel se halle rodeado de una areola ósea, proeminente, la cual hace que el secuestro parezca hundido. En tanto tenia lugar la muerte de una parte del hueso—*necrosis*—se efectuaba un trabajo de reabsorcion periférica, de donde que el secuestro sea más pequeño que la pérdida de sustancia que su eliminacion ocasiona.

En totalidad, tenemos: 1.º un período de infiltracion de la neoplasia gomosa, susceptible de ser reabsorbida, y 2.º otro período de condensacion del tejido, con formaciones osteofíticas y sequestros especiales, cuyos caracteres distintivos son: tejido denso —*ebúrneo*—ménos volúmen que el hueco que al desprenderse dejan; superficie escabrosa en el lugar que ocupaban, y hallarse rodeados de una areola ósea, proeminente, que les hace parecer más hondamente enclavados.

El *goma circunscrito* evoluciona del mismo modo que el difuso; pero de su situacion en la superficie ó en lo interior de los huesos, resultan algunas diferencias clínicas. En el *cráneo*, por ejemplo, enclavados como están en el diploe, al caerse los sequestros, forman excavaciones muy profundas; si en un punto coincidente de la tabla interna se efectúa la misma excavacion, podrá resultar perforada la bóveda, poniéndose al descubierto la dura-madre; un trabajo de reparacion podrá más tarde obstruir el orificio, pero siempre se tocará en la superficie, á través de los tegumentos, un hoyo más ó ménos profundo. Cuando el *goma circunscrito* se desarrolla en el espesor de un hueso largo ó corto, levanta las capas más superficiales del mismo, cual si con viento se le

insuflase; de donde que, al rabsorberse la neoplasia, resulte un tumor óseo hueco, que tiene las mayores analogías con la *espina ventosa*.

Si el proceso gomoso se limita á las capas sub-periosticas, sobrevendrá la formacion osteofítica y habrá proeminencias esferoidales del hueso, más densas que en lo restante del órgano, que constituyen las llamadas *exóstosis epifisarias*. Este mismo trabajo de formacion, efectuado en el seno del hueso, podrá determinar tumores óseos, circulares, especie de botones eburneos, á los cuales Ricord dió el nombre de *exóstosis anulares*.

¿Por cuáles indicios clínicos, por cuáles síntomas, nos será dado establecer el diagnóstico de necrosis sifilítica? ¿En qué la distinguiremos de la de causa traumática y de la de índole escrofulosa? Y caso de haber caries, ¿cómo, junto al enfermo, distinguiremos la caries sifilítica de la escrofulosa?

Cuestiones son estas tan interesantes, que reclaman soluciones esencialmente prácticas, y que me propongo resolver en vista de nuestros enfermos.

En el número 37, cabeza, de la sala Beato Oriol, encontramos, al comenzar el curso de 1881 á 1882, una mujer de 59 años, que desde el curso anterior habia sido admitida por una afeccion de los huesos del cráneo, contra la cual alguien habia propuesto la secuestrotomía, sin duda no parando mientes en la naturaleza de la lesion que en el frontal se observaba. La enfermedad databa de más de dos años; habíase iniciado por intensas cefalalgia y abultamiento de la region frontal; hubo fluctuacion, formáronse senos y apareció al descubierto una porcion de hueso necrosado.

Recordareis que os dije: «Aquí hay necrosis; pero la parte de hueso muerto es superficial; no deberá ser escrofulosa, sino sifilítica, pues sabeis que las necrosis superficiales son

propias de la sífilis, así como lo son de la escrófula las profundas.» Os hice notar un reborde muy proeminente alrededor del secuestro, así como que la porcion de este que habia sido extraida y la que del mismo se tocaba aún adherente, eran densas, ménos porosas de lo que de ordinario lo es el frontal. Os hice ver, por último, que entre el secuestro y el rodete óseo periférico habia un surco, un espacio, de tal manera, que bien podia decirse que el secuestro venia ancho en su mortaja. Por tales síntomas y á pesar de la rotunda negativa respecto á antecedentes venéreos y sifilíticos que nos dió la enferma, diagnosticué la afeccion de *necrosis sifilítica superficial del frontal*. Administramos ioduro de potasio; hicimos un tratamiento tópico encaminado á determinar la eliminacion de los secuestros; varios de estos fueron extraidos, y al finir el curso, la enferma quedaba en el hospital, con buenas esperanzas.

Así, pues, cuando os halleis al frente de casos semejantes, dirigios por la senda del diagnóstico plantando los siguientes jalones:

1.º Caben dudas acerca de si hay caries ó necrosis: la enfermedad ósea es espontánea y el hueso afecto es superficial; optad por la necrosis y pensad que esta es de índole sifilítica.

2.º El hueso es superficial; el pus poco abundante y espeso; no ha habido traumatismo anterior: optad tambien por el diagnóstico de *necrosis-sifilítica*.

3.º El mal comienza por dolores en un punto de la continuidad del hueso; esos dolores son continuos, soportables durante el dia, es decir, mientras el enfermo está levantado; se agravan al calor de las cubiertas de la cama, hasta el punto de hacerse intolerables; no siguen la direccion de un nervio, sino que se mantienen fijos en un mismo punto: tales

dolores calificados de *osteócopos*, que es como decir sintomáticos del goma de los huesos. No son *reumatóideos*, es decir, propios del periodo secundario de la sífilis, pues estos radican en las extremidades articulares y no en las diáfisis; no son *reumáticos*, por cuanto los de esta clase se alivian, en vez de agravarse, por el calor de la cama, pues si el enfermo se acuesta de dia y vela de noche, las exacerbaciones son diurnas y nocturnas las remisiones, y no se irradian segun la direccion de trayectos nerviosos conocidos. Pues bien, todo daño óseo precedido ó acompañado de *dolores osteócopos*, será *necesariamente sifilitico*.

Siempre y cuando, por los trayectos fistulosos, por la tenuidad y desigual cohesion del pus, os halleis en el caso de diagnosticar una caries, no habiendo precedentes de traumatismos óseos, introducid el estilete. Si éste, al atravesar los senos, topando con fungosidades llega, el instrumento al fondo del trayecto sin dar sensacion de tejido óseo, seco, sino de cuerpo blando y carnososo, y si, una vez extraido, brota una cantidad regular de sangre, decid: esta caries no es sifilitica sino escrofulosa. Si fuese sifilitica, no habria fungosidades ni hemorragia y el estilete tocara hueso denudado, seco. Solo podria dar los mismos resultados la exploracion de una caries tuberculosa.

Reasumiendo este interesante punto, tenemos los siguientes datos para el diagnóstico de las lesiones óseas del periodo terciario de la sífilis: 1.º *dolores osteócopos*; 2.º espontaneidad de la afeccion, es decir, ausencia de traumatismo; 3.º sitio del mal en parte superficial de un hueso; 4.º trayectos fistulosos, sin fungosidad, que conducen el estilete á una superficie ósea seca; 5.º falta de hemorragia á consecuencia del cateterismo y 6.º secuestro más pequeño que la excavacion ósea que le rodea y al mismo tiempo *ebúrneo*, de bor-

des curvilíneos y rodeado de un rodete saliente osteofítico.

Con estos caracteres, tendreis bastante para el diagnóstico de los gomas óseos y sus lesiones consecutivas; falta solo exponer algunas particularidades relativas á la region esquelética afectada.

Si se trata de la *bóveda craneana*, siendo difuso el *goma*, veremos necrosis de una extensa lámina de la tabla externa; una vez eliminados los secuestros, se nos presentará una superficie escabrosa, que al cicatrizar dejará muchas elevaciones y depresiones, palpables aún á través de los tegumentos.

Si el *goma* es *circunscrito*, desprendido el secuestro, se formará una depresion muy profunda, y si por ventura este ahuecamiento corresponde con otro igual de la tabla interna, resultará un agujero, en relacion con la dura-madre y circundado de un rodete osteofítico más ó ménos proeminente.

Admira ver como ceden al ioduro de potasio los gomas craneales; pero al propio tiempo llaman la atencion las huellas ó depresiones que les subsiguen. Es más, semejantes curaciones son frecuentemente ilusorias, pues los enfermos que, satisfechos del buen éxito de la medicacion, no la continúan durante largo tiempo, suelen experimentar desesperantes recidivas, que muchas veces no paran hasta la necrosis.

Los *gomas orbitarios* pueden ser muy insidiosos: muchas veces no abultan, ni deforman, ni dislocan el globo ocular, y los dolores que determinan pueden ser tomados por neuralgias; téngase, no obstante, en cuenta, que si estos son de índole sifilítica, habrá remisiones diurnas y exacerbaciones nocturnas, mientras que en los neurálgicos el orden está invertido; raro será que, creciendo la neoplasia, no se haga tangible á través de los tejidos orbitarios, ó no se dé á conocer por un grado mayor ó menor de exoftalmía y por los desórdenes consiguientes á la compresion del ojo.

Los gomias de los dos *maxilares* y en particular del superior, deben ser bastante frecuentes, pues en mi clínica particular he visto un considerable número de casos. Los enfermos vienen quejándose de la dentadura, mas no acusan grandes sufrimientos; notan que les cimbrean los dientes y que de continuo les mana pus de las encías; su aliento es fétido, y tentando el diente ó dientes que el paciente cree enfermos, se observa que el cimbreo no depende de ellos solos, sino de una porcion de borde alveolar que se halla necrosado y que á la hora ménos pensada, con un buen tratamiento, se viene á la mano sin grande esfuerzo.

Cuando la necrosis recae en la *boveda palatina*, suele presentarse principalmente al nivel de la célebre encrucijada ó confluencia de cinco huesos—porciones horizontales de los palatinos, apófisis palatinas de los supra-maxilares y vómer.—De ella resulta la perforacion del cielo de la boca, de que ya me he ocupado tratando de las lesiones del velo palatino.

La necrosis de los *huesos propios de la nariz*, no solo se declara por el achatamiento de esta eminencia, por su base, sino que, como es causa de supuracion gangrenosa, que se escurre por las fosas nasales, se acompaña de horrible fetidez del aliento. Así pues, ozena, con profunda depresion de la nariz por el lado de su base, indicará necrosis sifilítica de dichos huesos.

El *vómer*, la *lámina vertical del etmoides* y hasta el cartílago del tabique, son á menudo atacados y perforados por la sífilis. Hemorragias, más frecuentes que copiosas, suelen sobrevenir en el curso de esta afeccion, cuyo último resultado es la comunicacion de las dos fosas. Es de notar que la sífilis respeta el sub-tabique, razon por la cual, aun cuando estén perforados el vómer ó el cartílago medio, se conserva la figura del lóbulo y de las ventanas de la nariz.

Aún no he tenido ocasion de ver ningun caso de goma del *cuerpo de las vértebras cervicales*; la especialidad de esta lesion, al decir de los que la han descrito, consiste en la formacion de un absceso retro-faringeo, con la consiguiente disfagia. Se declara además la lesion corporal, por rigidez invencible en la cerviz. Si el goma penetrase hasta el conducto medular, no podrian dejar de presentarse parálisis, contracturas y dolores consiguientes á los daños que recibiria el cordón nervioso.

Seria tarea muy superior al tiempo de que podemos disponer, hacer mencion de las particularidades sintomatológicas que los gomias pueden presentar en las otras partes del esqueleto; do quiera les conocereis, si no olvidais que el goma óseo, como el de cualquier otro de los tejidos de sustancia conjuntiva, pasa por los tres periodos: de proliferacion, reblandecimiento y esclerosis, que en los huesos corresponden á la osteitis condensante y á la necrosis, con sus abscesos, trayectos fistulosos, expulsion de secuestros y restauraciones osteofíticas, más ó ménos deformantes.

Podria excusarme de hablaros del *pronóstico* de las osteopatías sifilíticas, bastando referirme al de la sífilis terciaria en general; pero creo del caso dejar claramente establecido que todo daño óseo, en igualdad de condiciones locales, es mucho más curable si es sifilítico que si reconoce cualquiera otra etiología. ¿Por qué? Porque contra la sífilis terciaria y sobre todo contra la que ataca los huesos, poseemos el ioduro de potasio, con todos los méritos y honores de un específico y además tenemos el mercurio, que, en muchos casos acrecienta su eficacia.

Mas no lo confieis todo á la medicacion interna: si hay osteitis, periostitis ó exóstosis, no dejeis de aplicar la tintura de iodo; si hay caries ó necrosis servios de inyecciones iodo-

fénicas ó balsámicas, que desintecten las *cloacas* y preparen la eliminacion de los secuestros; por último, si hay perforaciones de tabiques naturales—bóveda palatina—ó destrucciones de partes esenciales á la sensibilidad, á la vida ó á la fisionomía,—nariz—echad mano de los artísticos auxilios de la prótesis.