

## LECCION XLVIII

---

### Lesiones sífilíticas de las articulaciones

#### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> Las afecciones sífilíticas articulares, pertenecen á las manifestaciones más tardías del período terciario y pueden presentarse bajo dos formas, segun la lesion recaiga en los tejidos blandos—sinoviales y ligamentos—de la articulacion ó en el elemento óseo.

2.<sup>a</sup> El sífiloma de las membranas sinoviales se caracteriza por una produccion de tejido neoplásico, que comprime y atrofia á los tejidos normales y aún causa la muerte y dehiscencia de los cartilagos, determinando un conjunto de síntomas bastante parecidos á los de la *hidrartrosis*: indolencia, fluctuacion, en medio de la cual se perciben núcleos duros escleróticos, fenómenos que presentan la particularidad de acompañarse de congestion ó hiperemia vascular, que aparece y desaparece de una manera intermitente y que se combate con gran ventaja por medio del ioduro potásico y las embrocaciones iódicas.

3.<sup>a</sup> La sífilis terciaria de las articulaciones consiste en las mismas lesiones propias del goma de los huesos, desplegadas en uno de los elementos óseos que entran en la articulacion; así que la superficie articular se hace asiento de una osteitis, con producciones osteofíticas, caries y hasta necrosis, trastornos que, al revés de lo que sucede en los de las partes blandas, se anuncian por dolores, á veces intensísimos, que se exacerban por las noches, y tumefaccion más ó ménos considerable; terminando la afeccion por resolucion, si á tiempo se interviene con mercurio y ioduro potásico ó pudiendo venir á parar en la anquilosis y aún á la atrofia de la articulacion, si el goma se abre en la cavidad articular.

SEÑORES: Cuando la sífilis se fija, no en varias, sino y tenazmente en una sola articulacion, podeis estar seguros de que la infeccion es antigua, no debiendo bajar de diez ó

doce años su existencia. Pertenecen, pues, las *arthritis solitarias* á la época más adelantada de la sífilis terciaria. Pero estas artropatías pueden presentar dos formas, de apariencia clínica muy distinta, aún cuando sumamente parecidas por la índole del proceso anatómo-patológico.

Si el afecto se limita á la membrana sinovial, á los ligamentos capsulares, periféricos ó interóseos y al tejido conjuntivo peri-articular, tendremos un conjunto de síntomas muy parecido al de la hidrartrosis. Estará tumefacta la articulacion; si es la de la rodilla, se borrarán los hoyos que normalmente existen á cada lado de la rótula; si la del codo, el olécranon perderá su angulosidad; se percibirá fluctuacion muy manifiesta y, palpando con atencion, se notarán, en medio de la masa líquida, núcleos duros y movibles de tejidos escleróticos. Los movimientos de la articulacion, no tendrán la libertad normal, pero serán aún bastante espeditos, y, cosa notable, que acaba de asimilar esta artropatía sífilítica á la hidrartrosis, ni existirán dolores espontáneos, ni los despertarán los movimientos ni las compresiones.

A todo esto se añade una hiperemia que enrojece y calienta la articulacion; pero esta congestion ofrece la particularidad de desvanecerse de un modo espontáneo, para reaparecer poco despues: es una hiperemia intermitente. Tanto la hiperemia, como los núcleos peri-articulares y el derrame seroso, característicos de esta artropatía, se modifican rápida y ventajosamente por el ioduro de potasio.

Cuando el sífiloma se fija en los elementos óseos articulares, suele limitarse á uno solo de ellos; así en la rodilla se circunscribe á uno de los cóndilos del fémur ó á una de las tuberosidades tibiales. Las lesiones no difieren de las que se observan en otras regiones epifisarias; las formaciones osteofíticas dan lugar á exóstosis intra-articulares y osteítis

condensantes, que así pueden reabsorberse, como determinar necrosis.

Todo lo que tiene de benigno y callado el goma peri-articular, tiene de grave y doloroso cuando se fija en el elemento óseo. Un jóven de 26 años, á quien visité el año pasado, despues de haber presentado diferentes tubérculo<sup>s</sup> resolutivos, que desaparecieron por el ioduro de potasio y las inyecciones hipodérmicas, comenzó á quejarse de dolores en la rodilla izquierda, que le dificultaban la progresion. La region estaba apenas tumefacta, pero la compresion aumentaba el dolor, el cual por la noche llegaba á una grande intensidad. Pocos dias despues, la tumefaccion habia aumentado considerablemente y los dolores, aún durante el dia, eran tan vivos, que le obligaban á permanecer en cama, en la mayor quietud; por la noche eran tan crueles, que no cesaba de gritar y solo hallaba algun alivio desabrigándose la parte afecta. Diagnostiqué una *arthritis gomosa ósea* y prescribí 5 gramos diarios de ioduro de potasio, al propio tiempo que fricciones mercuriales belladonizadas y cataplasmas emolientes en la rodilla. De pronto se obtuvo algun resultado, puesto que disminuyó la tumefaccion y calmaron tanto los dolores, que el enfermo pudo salir de casa. Visto el alivio, el enfermo descuidó el tratamiento; pero un mes despues tuve que volverle á asistir, hallándole con síntomas aún más exagerados. Fué entonces preciso volver al ioduro de potasio y al unguento mercurial, y en vista de que ni con esta medicacion calmaban los dolores, le hice aplicar un vejigatorio en la rodilla, el cual fué curado con pomada de morfina. Con estos remedios fueron mitigándose los dolores y resolvióse la artropatía. Dos meses se necesitaron para que el paciente se viese libre de tan incómoda dolencia.

Se ve, pues, que el goma articular óseo, presenta un sín-

drome parecido al de las artritis más agudas y dolorosas, y que aún cuando obedece bastante al ioduro potásico y al mercurio, es de suyo recidivante y reclama una medicación sostenida. Probable hubiera sido, en el caso que acabo de referir, que á no mediar la medicación específica, la afección ósea no hubiera parado hasta la necrosis, y la anquilosis habría venido más tarde á poner término á los sufrimientos.

Este es, de todos modos, el llamado *tumor blanco sífilítico* que, como acabais de ver, ni tiene las lesiones propias del *artrocace*, ni presenta sus síntomas, ni reconoce la misma etiología, por cuyos motivos son diferentes su pronóstico y su tratamiento.

---

## Lesiones sífilíticas terciarias del sistema vascular

### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> Las cardiopatías sífilíticas, tan raras como poco estudiadas, ora afecten la sustancia del corazón, ora el endocardio ó el pericardio, consisten en producciones gomosas, ó escleróticas, que determinan asperezas, excrecencias, adherencias ó atrofas, de las cuales resultan síntomas de disnea, palpitaciones, cianosis y dolores precordiales, que, como en nada difieren de los que resultan de otras lesiones orgánicas no revelan la naturaleza específica de la afección.

2.<sup>a</sup> La *arteritis sífilítica* se fija más en las ramas de mediano y pequeño tamaño, que en las grandes; las abarca en una larga extensión, comprende todo el espesor de sus tunicas, angostando su calibre y separando los elementos normales de estas, sin trasformarlas; tiene un curso mucho más rápido que el ateroma, que dilata el vaso y transforma sus elementos anatómicos; es, en cambio, mucho más curable que éste á beneficio del ioduro de potasio.

3.<sup>a</sup> De las lesiones sífilíticas de una arteria puede resultar la ruptura de sus tunicas internas, con formación de un saco á expensas de la externa, constituyendo un *aneurisma*: muchos aneurismas reconocen este origen.

4.<sup>a</sup> La *arteritis sífilítica* de las ramas cerebrales, es la más conocida y sus síntomas consisten: en cefalalgia frontal, con exacerbaciones nocturnas, aluci-

naciones psíquicas, á las cuales subsiguen parálisis, convulsiones y pérdida del conocimiento, como expresión de derrame apopléctico; si el enfermo cura, queda sumamente expuesto á recidivas apoplécticas.

5.<sup>a</sup> La sífilis terciaria puede producir en los *ganglios linfáticos* gomas y núcleos escleróticos, y estas adenopatías pueden presentarse primitivamente ó ser reflejo de lesiones del territorio de donde se originan los vasos linfáticos aferentes al ganglio; si la adenitis terciaria recae en un sujeto escrofuloso, puede reblandecerse, supurar y ulcerarse como una escrófula.

6.<sup>a</sup> La *angiopleucitis sífilítica terciaria* es rara; cuando existe, se caracteriza por líneas ó cordones nudosos, que siguen la dirección de los vasos linfáticos los cuales en nada difieren de los que se observan en la linfítis de causa comun

SEÑORES: Ni son frecuentes ni fáciles de diagnosticar las lesiones sífilíticas del *corazon* y de los vasos, así sanguíneos como linfáticos; mas, como su estudio ha sido ilustrado con modernas observaciones, creo conveniente no dejar vacío el lugar que les corresponde en esta revista anátomo-patológica del proceso terciario de la sífilis.

Quizás no son muy raras las afecciones sífilíticas del *corazon*; pero como los síntomas con que se revelan difieren poco ó nada de los que son expresión de las lesiones que la inflamación vulgar, el reumatismo ó la gota imprimen en el miocardio, endocardio y pericardio, los anales de la ciencia registran solo un reducido número de observaciones de aquellas.

Siempre se descubren los mismos procesos: ó el *goma circunscrito*, que se aloja entre las fibras de un ventrículo, formando prominencia del lado de la cavidad, en perjuicio de la lisura y regularidad de la superficie, y viniendo á parar al reblandecimiento y hasta á la ulceración y sembrando asperezas en el endocardio, ó la *esclerosis*, que, endureciendo las fibras cardíacas, vuelve rígidas y causa la atrofia de las columnas y pilares que forman las paredes y se atan á las válvulas.

Si el goma elige de preferencia el *endocardio*, en vez de alojarse entre las fibras del *miocardio*, formaránse nodosidades,

ulceraciones y asperezas, que vendrán á crear obstáculos al juego valvular; si en el contorno mismo de las válvulas ó de los respectivos orificios, se forman proeminencias gomosas y se comprenden las irregularidades de la oclusion y dilatacion de dichas comunicaciones, y sobre todo la posibilidad de que se originen *trombus migratorios*, que amenazarán próximamente la vida del enfermo. Por último, si el *pericardio*, bien en su hoja visceral, bien en su superficie parietal, se reviste de estos neoplasmas, resultarán rozamientos ásperos, bridas y adherencias, que dificultarán los movimientos cardíacos.

Pero todos estas lesiones, que la anatomía patológica considera sifilíticas, porque descubre en ellas los elementos histológicos del goma ¿tienen algo especial en su expresion sintomatológica que conduzca á juzgar de su naturaleza específica? Hasta el presente todos los datos son negativos en este concepto: la disnea, las palpitaciones, los ruidos cardíacos, las irregularidades del ritmo, los dolores precordiales y la cianosis, lo mismo se observan en las cardiopatías orgánicas vulgares, que en las debidas á la presencia y evoluciones del goma. Este estudio es, por consiguiente, en los actuales tiempos, de interés bastante secundario.

Son ya algo más conocidas las lesiones sifilíticas de la *arterias*; en cambio, las de las venas lo son poco: se cree que en ellas la sífilis no causa alteraciones de textura.

La *arteritis sifilítica* constituye un proceso anatomo-patológico esencialmente distinto del *ateroma*. Por el *ateroma* las tunicas media é interna dejan de ser lo que eran; sus elementos musculares y sus fibras elásticas se trasforman en sustancia ateromatosa; en consecuencia, hay una verdadera sustitucion de tejido: el *ateroma* reemplaza á la túnica arterial. El *sifiloma* no transforma los elementos anatómicos

de las arterias, sino que se insinua entre ellos, los *disgrega*, para *agregarse* á ellos. De ahí resulta que, en vez de dilatarse, la arteria sifilítica engruesa y disminuye de calibre, y como quiera que la neoplasia gomosa ocupa mucha extension y se desenvuelve de una manera relativamente rápida, se observa que en pocas semanas ó meses el vaso queda convertido en un largo cordon nudoso. Todo lo contrario sucede en el *ateroma*: producto de una degeneracion ó metamórfosis pasiva, y como tal, lento en formarse y circunscrito á determinados puntos.

Aun hay más—y esto es notable—mientras el *ateroma* se ceba principalmente en arterias de gran calibre, el *sifiloma* jamás se forma sino en las más lejanas del corazon y, por consiguiente, en las de cuarto ó quinto orden.

Diríamos, pues, que las lesiones sifilíticas de las arterias son el resultado de un proceso activo, de una neoplasia del tejido conjuntivo, consistente en la excesiva proliferacion de corpúsculos embrionarios, seguida de esclerotizacion de las tunicas y de obstruccion más ó ménos completa del vaso; al paso que el *ateroma* es el resultado de una *degeneracion*, de un proceso pasivo.

Las alteraciones orgánicas y funcionales que subsiguen al sifiloma arterial son fáciles de comprender. Si suponemos,—ya que este es el caso más frecuente,—que es una de las arterias *cerebrales* la afectada, habrá, para la region del encéfalo cuyo riego estaba encargado á la arteria engrosada y obstruida, un período de *isquémia*, con la fluxion colateral consiguiente y con el, tambien consiguiente, desequilibrio funcional. Un tal estado se expresará por cefalalgia, vértigos, convulsiones, alucinaciones sensoriales y desórdenes frenopáticos de carácter depresivo ó melancólico. Progresando el goma, se reblandecerá; las tunicas interna y media serán

destruidas; solo quedará íntegra la externa: la sangre se detendrá, formará un tumor aneurismático, de mayor ó menor volúmen, quizás un *aneurisma disecante* y entonces aparecerán síntomas de estupor y compresion cerebral. Dia vendrá en que el aneurisma se romperá y entonces tendremos un derrame cerebral, un *foco apoplético*, de mayor ó menor extension. Hemiplegia, pérdida de la inteligencia, de la sensibilidad y aun de la palabra, serán los síntomas correspondientes á esta hemorragia cerebral. Puede aun el enfermo salir con vida del ataque apoplético; puede mejorar, por efecto de la reabsorcion de la sangre extravasada; pero la lesion arterial es tan grave, que á otro empuje de la sangre habrá otra recidiva apoplética que le matará.

Tal es el término de la apoplejía sifilítica, afeccion tan frecuente, que en concepto de muchos patólogos, debe atribuirse este origen á cuantos casos de hemorragia cerebral se observan en sujetos jóvenes. No me atreveré á contradecir formalmente este aserto; pero yo lo considero demasiado absoluto: he visto morir de apoplejía, al tercer ataque, á un jóven de 28 años, en quien puedo asegurar no habia ningun antecedente sifilítico.

Lo mismo podriamos decir de los *aneurismas*. Algunos médicos ingleses han supuesto que la tercera parte de los aneurismas resultan de gomas sifilíticas que han labrado la destruccion de las tunicas internas de la arteria, conservando su integridad la externa. Me basta considerar que las lesiones gomosas raras veces afectan á las arterias de gran calibre, y solo sí á las más próximas á los capilares, y tener en cuenta que los aneurismas se observan preferentemente en arterias grandes, como la aorta, la carótida, la subclavia, la ilíaca, la femoral y la poplítea, para desvirtuar semejante opinion. De otro modo pensaria si se hubiera dicho que los



*aneurismas de las arterias de pequeño calibre* son frecuentemente de origen sifilítico.

Ello es que cuando hay antecedentes y datos actuales para fundar el diagnóstico de una lesión arterial de naturaleza sifilítica, ora se anuncie por trastornos isquémicos ó apoplécticos, ora por tumores aneurismáticos, puede tenerse fundados motivos, si no de curación, de considerable mejoría en el ioduro de potasio. ¿Probarían estos resultados que el goma sifilítico no circunscribe su jurisdicción en las arterias pequeñas, sino que extiende á menudo sus dominios á las de grueso calibre? Este es un punto que ulteriores estudios anátomo-patológicos deben esclarecer.

Señores: la sífilis, por más que, andando el tiempo, realice mayores conquistas orgánicas y eche raíces cada día más profundas en los tejidos, no se decide á abandonar sus aficiones al sistema linfático. Al nacer y desarrollarse el chancre, se acompañó de infartos ganglionares, que podríamos llamar de vecindad; cuando se generalizó y se hizo eruptiva, la vimos hiperemiarse, congestionarse y endurecer indistintamente todos los ganglios de la economía; ahora que se ha vuelto *neoplásica*, ó por mejor decir, *hiperplásica*, se ceba otra vez en los ganglios linfáticos, no ya para hiperemiarlos é infiltrarlos, sino para transformar en su producción histológica característica: el *goma*.

Existen, pues, *adenopatías sifilíticas terciarias*, que esencialmente consisten en el desarrollo en el seno de los ganglios linfáticos de un tejido de todo punto idéntico al conjuntivo, con su tendencia al reblandecimiento y á la esclerosis, y estas adenopatías pueden etiológicamente clasificarse en dos órdenes: unas que son el reflejo de otras lesiones de la misma

índole desarrolladas en el territorio vascular en donde se originan los linfáticos que van al ganglio infartado—una úlcera sifilítica terciaria de la pierna, infartando los ganglios de la ingle—y otras que se presentan en ausencia de toda lesión de los órganos periféricos. Hay, pues, bubones sifilíticos terciarios *constitucionales* y *simpáticos*.

¿Los hay también *idiopáticos*? Repitamos la pregunta que en este punto se hace Jullien: «¿puede una lesión traumática de los ganglios de un individuo, en plena sífilis terciaria, determinar una adenitis gomosa?»

No me parece pueda negarse, ya que la sífilis terciaria tiene por sí sola el poder de impresionar los ganglios linfáticos, desplegando en ellos el proceso del *goma*, que este poder se pondrá más en evidencia cuando medie una determinación local, que en ausencia de esta; lo cual tampoco es afirmar que todas las adenitis traumáticas de los sifilíticos en período terciario, hayan de ser gomosas.

Los *bubones terciarios*, así constitucionales como simpáticos, pueden presentarse bajo la forma *difusa* ó *circunscrita*: en la primera, se entumece el tejido ganglionar, el cual, endureciéndose luego, queda atrofiado y formando una masa de tejido conjuntivo esclerotizado. Los bubones terciarios *circunscritos* forman tumores, de tamaño variable entre una avellana y una nuez, los cuales poco después se ulceran, quedando el ganglio transformado en una masa de tejido fibróideo. Si más tarde en el seno del ganglio sobreviene el reblandecimiento por transformación caseosa del tejido, el tumor acabará por abrirse al exterior, formando una úlcera profunda, de la cual manará un líquido mucilaginoso.

Si los gomas ganglionares recaen en un sujeto escrofuloso, podrá darse el hecho de iniciarse el infarto ganglionar

con las apariencias del *sifiloma* y terminar revistiendo el aspecto de la *escrófula* abierta.

La *anglioleucitis gomosa* debe ser muy rara, pues se leen poquísimos casos en las colecciones clínicas; por otra parte, sus síntomas difieren poco de los de la angioleucitis vulgar: cordones nudosos, más ó ménos proeminentes y duros, que siguen la direccion de los vasos linfáticos, constituyen el hecho más característico de esta afeccion.

De todos modos, en las afecciones terciarias de los ganglios y vasos linfáticos, es siempre de notar la limitacion de las lesiones á uno ó más ganglios de una region. Este hecho es de capital importancia, pues, como sabeis, la adenitis sifilítica del periodo primario se halla solo en la region ganglionar que corresponde al chancro; la secundaria se presenta simultáneamente en diferentes grupos de ganglios, y la escrófulosa, que ataca principalmente á los jóvenes, no manifiesta ninguna tendencia á localizarse en los ganglios de determinada region, sino á extenderse y generalizarse por todo el sistema.

## LECCION XLIX

---

### Lesiones sífilíticas del sistema nervioso

#### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> Con gran frecuencia las lesiones de las meninges encéfalo-medulares, así como las de los centros nerviosos y de los nervios que de ellos emergen, dependen del desarrollo de producciones gomosas osteofíticas de los huesos craneales ó de las vértebras, que obran comprimiendo las meninges, el encéfalo ó los nervios en su trayecto intra-craniano ó raquídeo ó á su salida por los respectivos agujeros.

2.<sup>a</sup> La anterior proposicion es del todo exacta respecto de las meninges raquídeas; las craneales, tanto la dura-madre, como la aragnoides y la pia-madre, pueden tambien ser asiento primitivo del *sifiloma*.

3.<sup>a</sup> Los gomas de la *dura-madre craneana*, pueden ocupar su superficie externa, dando lugar á exóstosis más ó menos numerosos y á la esclerosis de la membrana; la *paquimeningitis interna* es difusa y forma tumorcitos múltiples, poco vascularizados, muy propensos á la degeneracion y á determinar una flegmasia, á veces con hemorragias; por su presencia son comprimidos vasos y nervios, de lo cual resultan trastornos de la circulacion cerebral y dolores neurálgicos.

4.<sup>a</sup> Es raro el sifiloma de la *aragnoides*, y al contrario, muy frecuente y difuso el de la *pia-madre*, el cual, apareciendo en diferentes puntos del cerebro y causando adherencia de la membrana con la sustancia encefálica, irroga trastornos á la circulacion, nutricion y funcionamiento de la misma.

5.<sup>a</sup> En el *encéfalo* el goma ocupa casi siempre la superficie de las circunvoluciones y es por lo comun múltiple; su influencia no tanto depende de la neoplasia, como del proceso vascular que su presencia determina en las inmediaciones.

6.<sup>a</sup> Las regiones cerebrales más frecuentemente atacadas por el goma son las circunvoluciones frontales y la base del cerebro, en las inmediaciones de la protuberancia; alguna que otra vez se le ha encontrado en el seno de los hemisferios, en el cerebelo, en la protuberancia y hasta en el bulbo.

7.<sup>a</sup> Las lesiones sifilíticas de los *nervios* son casi siempre secundarias, esto es, resultantes de la compresion que sufren por sifilomas ó exóstosis colocados en su trayecto; de cuyo hecho resulta la atrofia y degeneracion de su tejido; en los ganglios y filetes del *gran simpático* el proceso sifilítico puede determinar transformaciones pigmentarias y colóideas, proliferacion y degeneracion grasienta de las células nerviosas ó hiperplasia del tejido conjuntivo.

8.<sup>a</sup> Los síntomas que son expresion de estas lesiones pueden ser, á un tiempo ó separadamente, *dolorosos, paralíticos, convulsivos ó frenopáticos*.

9.<sup>a</sup> La *cefalea*, expresion dolorosa del goma cerebral, pero que no se observa siempre que este existe, es un dolor que los enfermos acusan en lo interior del cráneo, más ó ménos sordo y gravativo, al principio, pero que despues alcanza los más altos grados de intensidad, causando las más variadas sensaciones y privando del descanso al paciente, pues, aún cuando continuo, difuso, persistente y muy duradero, tiene exacerbaciones nocturnas, como los dolores *osteócopos*.

10.<sup>a</sup> Las *parálisis sifilíticas* tienen por caracteres el ser parciales é incompletas; cuando recaen en los *nervios olfatorios*, causan *anósmia* é indican la compresion de aquellos en la lámina cribosa; segun el *sifiloma* recae en un punto de los *hacillos ópticos* anterior á los cuerpos geniculados, en la cinta óptica, en el kiasma é en la porcion de nervio óptico que subsigue á su entrecruzamiento, resultan *ambliopias*, cruzadas, *hemiopias*, simétricas ó asimétricas, *amaurosis* ó *acromatopsias*, parciales ó totales, de uno ú otro ojo; las lesiones sifilíticas del *nervio acústico* ó de sus raices, causan sordera, comunmente precedida de *hiperacusia*; los gomas de la base del cerebro y de la dura-madre en su porcion supra-esfenoidal, pueden comprimir uno ó más *nervios motores del ojo*, ocasionando la parálisis del músculo ó músculos á que corresponden; de la cual resultan estrabismos, de diferentes direcciones, y otros trastornos de la vision; la *hemiplegia sifilítica*, que se observa en personas menores de 40 años, va precedida ó acompañada de cefalea fija y se establece lentamente ó de una manera repentina, pero sin pérdida del conocimiento ni parálisis de la vejiga; la *paraplegia sifilítica* puede sobrevenir por lesiones medulares ó del conducto raquídeo ó bien por un goma en los centros motores del encéfalo, y tiene de particular el ser incompleta—pues hay más bien parésia que parálisis—y progresiva, y el iniciarse, no por parálisis de la vejiga, sino por disuria, falta de erecciones y raquialgia, la cual es á menudo persistente.

11.<sup>a</sup> La epilepsia sifilítica, aún cuando á veces en nada difiere de la vulgar, de ordinario se distingue por ser precedida de dolores periféricos muy intensos; por limitarse los espasmos y las convulsiones á determinados grupos de músculos; son, por consiguiente, incompletos los ataques; por no perder el enfermo totalmente el conocimiento; por la posibilidad de mejorarse el paciente, siendo ménos frecuentes y ménos intensos los ataques al influjo del ioduro de potasio, y, al contrario, agravarse el mal, presentándose más á menudo los accesos y siendo cada vez más intensos, si no se apela á este tratamiento en sus diferentes grados y modos.

12.<sup>a</sup> La *afasia*, es síntoma que revela la presencia de un goma en la superficie de las circunvoluciones frontales y si apenas se distingue de la que puede ser ocasionada por lesiones de naturaleza no sifilítica, para su diagnóstico servirá de guia atender á que la especifica va precedida ó acompañada de cefalea, y frecuentemente se complica con ataques epilépticos.

13.<sup>a</sup> Las *perturbaciones frenopáticas* dependientes de lesiones sifilíticas del cráneo ó del cerebro, pueden ser de forma *melancólica* ó *depresiva*, con pérdi-

da, por lo comun parcial, de la memoria, ó *exaltante*, con alucinaciones, delirio, agitacion, furor y actos impulsivos; puede tambien observarse la *parálisis general* de origen sifilítico, con delirio de grandezas, asociado á debilidad orgánica, temblor de la lengua, arrastre de la palabra é inseguridad de la escritura; nada hay, empero, si se esceptúan los antecedentes y la presencia de otros síntomas concomitantes, que pueda conducirnos á distinguir las frenopatías sifilíticas de las ordinarias; aquellas, no obstante, ceden más facilmente al ioduro de potasio y á los mercuriales.

SEÑORES: Muchísimos casos considerados como de sífilis cerebral, no lo son sino de exóstosis ó gomas craneales ó raquídeos. No es esto decir que la misma sustancia nerviosa no pueda ser directamente atacada por el sifiloma; pero estos hechos, comparados con los de lesiones óseas cráneo-raquídeas, son relativamente raros.

Dado un tumor gomoso, bien en la bóveda, bien en la base del cráneo, despues del período de proliferacion, sobrevendrá el de osteitis condensante; se formarán exóstosis internos, que no podrán dejar de comprimir, primero, la dura-madre, y luego las mismas circunvoluciones del cerebro. El encéfalo, por una propiedad especial de los órganos blandos provistos de cavidades ventriculares, resistirá hasta cierto punto á esta compresion gradual, *se acomodará*; pero, pasado cierto límite, responderá á la causa compresora que altera su conformacion y aun su nutricion, manifestando ciertas anomalías funcionales que poco ó nada difieren de las que, segun veremos, son expresion de neoplasias sifilíticas desarrolladas en la misma sustancia nerviosa.

Lo que decimos del cerebro, es hasta cierto punto aplicable á la médula; con la diferencia, no obstante, de que son hoy dia bien conocidos los sifilomas de las membranas del encéfalo y no se tiene noticia de semejantes neoplasias en las envolturas medulares.

Así pues, los afectos sifilíticos de la médula corresponden

ordinariamente á compresiones ejercidas por gomas de las vértebras.

De igual manera se comprenden los síntomas de parálisis, contractura, neuralgia, hiperestesia ó anestesia, comunemente parciales, que han de resultar de la compresion que recibe uno ó más cordones nerviosos de parte de sifilomas desarrollados en la dura-madre ó en los sitios del esqueleto craniano correspondientes al trayecto que aquellos recorren en la base de esta cavidad, ó á los orificios por donde de esta salen. Lo propio sucederá en los nervios raquídeos, respecto de los agujeros de conjuncion.

La *paqui-meningitis sifilítica* puede tener su origen en producciones gomosas que se desarrollan del lado de los huesos craneales ó del lado de la cavidad; en el primer caso tendremos una *endocranitis* ó *paqui-meningitis externa*, cuyas lesiones anatómicas consistirán en una esclerosis más ó ménos extensa de la membrana y en un número mayor ó menor de producciones osteofíticas, que no dejarán de formar bulto del lado de la cavidad, en perjuicio del encéfalo. La *paqui-meningitis interna* es siempre difusa, pues presenta en una extension considerable muchos tumorcitos escleróticos, y por lo mismo, poco ó nada vascularizados, que manifiestan especial tendencia á la degeneracion y á rodearse de areolas inflamatorias, en las cuales, tanta es á veces la congestion, que no pára hasta la hemorragia ó el foco apoplético.

La presencia de estos sifilomas hace el efecto de muchos cuerpos extraños que obrasen comprimiendo é irritando al cerebro y á las mismas membranas, de lo cual resultan trastornos de la circulacion cerebral, con los síntomas consiguientes, al propio tiempo que dolores neurálgicos, muchas veces intensísimos.

Sin poderse dar explicacion del hecho, la ciencia registra

pocos casos de *aragnitis sífilítica*; en cambio, son muy frecuentes los *sifilomas de la pia-madre* cerebral. Estos, como los de la superficie interna de la dura-madre, son difusos, forman muchos núcleos, y como cada uno se rodea de un círculo inflamatorio, la pia-madre contrae fuertes adherencias con la materia encefálica, en grave daño de los vasos y de la circulación que ésta membrana tiene el encargo de distribuir equitativamente en la masa nerviosa.

La sífilis en el *cerebro* sigue la regla á que la hemos visto sometida en las demás partes del cuerpo, de atacar primero y más fuertemente las capas superficiales que las profundas; así que los *gomas* cerebrales se encuentran casi constantemente en la corteza de las circunvoluciones. Los tumores que forma no son notables por su gran volúmen, sino por su multiplicidad. Aun cuando estas neoplasias manifiesten predilección por determinados sitios, miradas individualmente, se ve que no progresan mucho; lo que más llama la atención, es hallarlos muy numerosos. Aquí, como en el iris, el *sifiloma* no se limita á constituir una neoplasia que disgrega los elementos normales, interponiéndose en medio de la sustancia nerviosa: su principal inconveniente es el proceso flogístico que cada núcleo suscita en sus alrededores. De no ser así, resultaría gran ventaja, pues si tenemos poderosos recursos terapéuticos contra la producción sífilítica en sí misma, nos hallamos sumamente desvalidos en cuanto se refiere á la curación de la cerebritis concomitante.

Siempre es de notar la propensión que tiene el neoplasma sífilítico á desarrollarse en las circunvoluciones del lóbulo parietal ó en las que, en la base del cerebro, forman el circuito de la protuberancia. Semejantes localizaciones permiten interpretar los síntomas de afasia, amnesia, paresia ó parálisis parcial, con espasmo ó convulsión de los antago-



nistas, que, según vamos á ver dentro un instante, constituyen el síndrome de la sífilis cerebral.

¿Es esto decir que las otras partes del encéfalo se hallan preservadas de los embates del proceso sifilítico? No; solo deseo se entienda la suma frecuencia de las lesiones en lo más elevado y en lo más bajo del cerebro; mas no faltan casos de gomas en el seno de los hemisferios, en los lóbulos cerebelosos, en el espesor de la protuberancia y hasta en el mismo seno del bulbo raquídeo.

También deben ser rarísimas las neoplasias sifilíticas en los *nervios de la vida animal*, pues apenas se da cuenta de alguno que otro caso en que el tejido propio del goma ha podido observarse en la sustancia del cordón nervioso; en cambio, la degeneración de la mielina y aún la segmentación del cilindro del eje, por efecto de compresión ejercida por una exóstosis periférica, es un hecho de los más comunes.

Todos los enfermos de *sífilis cerebral* que entran por el lado de las clínicas son destinados á las salas de Medicina; esto motiva que no pueda ofrecerse ejemplares de nuestra propia cosecha académica encaminados á probar la filiación sintomatológica de estas lesiones. No abandonaré, sin embargo, la senda práctica que deben tener nuestros cursos, y sacando partido de notas clínicas de mi visita particular, expondré un caso en que se contienen la mayor parte de las alteraciones sintomatológicas que pueden, simultánea ó aisladamente, presentarse á consecuencia del proceso sifilítico en la sustancia encefálica.

Trátase de un jóven de 29 años, tenedor de libros, de buena constitución y de excelente anamnéstico. En la Isla de Cuba, diez años antes de venir á mi consulta, contrajo un chancro sifilítico, que fué seguido de todo el cortejo de síntomas secundarios. Combatidos éstos con mercuriales, quedaron

disipados dos años despues, en cuya época, considerándose totalmente curado, vino á Barcelona al lado de su familia, obteniendo colocacion de tenedor de libros en una casa de comercio. Posteriormente, contrajo matrimonio, y pasó á vivir con su suegra. Habian trascurrido nueve años desde que asomaron los accidentes primarios, cuando se sintió atacado de dolores de cabeza, fijos y constantes en la region fronto-parietal izquierda, que se irradiaban hácia la nuca y órbita del mismo lado y se exacerbaban tanto por las noches, que el enfermo las pasaba en un continuo grito y á menudo delirando. Cierta dia sobrevino un ataque apopléctico, en el que, si bien el enfermo quedó comatoso, no perdió totalmente el juicio, resultando al propio tiempo paralizado del miembro torácico derecho. Al salir del estupor apopléctico, habia disminuido algo la parálisis del brazo, pero el enfermo estaba afásico. En tal estado le ví por vez primera, é hice el diagnóstico de goma cerebral difuso en la circunvolucion de Broca y sus adláteres. Aun acusaba, por medio de signos, dolor en la region fronto-parietal izquierda, con exacerbaciones nocturnas—*cefalea*—Con un vocabulario de tres palabras catalanas respondia á todas las preguntas. Habia perdido el arte de escribir, pues apenas podia sostener la pluma con la mano derecha. Con la izquierda hacia trazos sumamente irregulares y no acertaba á encontrar las letras de su nombre y apellido. Conservaba, empero, la aptitud de leer mentalmente, pues con sus actos y signos, manifestaba haber entendido lo que se le decía por escrito. De cuando en cuando, asaltábanle tremendas alucinaciones ópticas, que le ponian furiosamente delirante; por la persistencia de una de estas, que consistia en ver una serpiente á los piés de su cama, cobró ódio mortal contra su suegra, pues creia que ésta era quien hacia entrar el réptil en su cuarto. Dominábale

un continuo furor erótico, del cual era víctima su esposa, hasta el punto de que fué preciso privarle de dormir con ella; aun en los momentos de tranquilidad, se exaltaba hasta desahogar su cólera rompiendo muebles y golpeando á las personas, cada vez que no se le entendia ó que se le contrariaba en algo: era aquello una exaltacion maníaca, frecuentemente alucinatoria.

Omito los pormenores de esta larga observacion; bastará añadir que, despues de un tratamiento mercurial—inyecciones hipodérmicas—y iódico, muy prolongado, y despues de haber sido llevado á las aguas de Archena, este enfermo mejoró notablemente, recobró el lenguaje, y, á fuerza de constancia de un buen profesor de instruccion primaria, consiguió escribir inteligiblemente con la mano izquierda. Pero, cosa rara, este jóven que antes de su enfermedad cerebral hablaba y escribia bien el castellano, no pudo recobrar la facultad de expresarse en este idioma: solo hablaba y escribia en catalan. Hace más de seis meses que no le he visto: entonces aprendia con el maestro la lengua española; ignoro los progresos que en este concepto á estas horas habrá realizado.

Detengámonos ahora, para considerar los elementos sintomatológicos de este caso clínico y veamos lo que cada uno ofrecia de especial y característico respecto de la naturaleza sifilítica de las lesiones.

Tenemos, en primer lugar, lo tardío de la aparicion de los síntomas cerebrales: transcurrieron nueve años desde que se presentó el accidente primitivo. No penseis que siempre suceda del mismo modo; casos hay en que las *encefalopatías* se presentan al cuarto y aun al tercer año de la infeccion primitiva; de todos modos, una afeccion de tan remota procedencia, siendo de naturaleza sifilítica, no podia ser sino terciaria.

En cuanto á síntomas, tenemos: 1.º *cefalea*, 2.º *parálisis*, 3.º *afasia*, 4.º *amnesia*, 5.º *alucinaciones*, 6.º *agitacion maniaca*. Nuestro enfermo presentaba, pues, síntomas dolorosos, paralíticos y frenopáticos.

De los primeros, de los *dolorosos*, era la *cefalea*. Este es, en efecto, el nombre que se ha dado al dolor que los enfermos acusan en lo interior del cráneo y que unos comparan á un círculo de hierro que les comprímiese fuertemente, otros á una bala de plomo que rodase sin cesar por lo interior del cerebro, y otros á un martillo que no cesase de machacarles el cráneo. Srdo, al principio, tiene siempre un punto fijo, desde donde se irradia á mayor ó menor distancia. No es veleidoso, no va y viene, como en la hemicránea; sino que es continuo y persistente durante meses y más meses. Srdo, decia, como de peso al principio, acrecienta luego su intensidad y adquiere forma paroxística—la forma paroxística de la sífilis—con exacerbaciones nocturnas. Tan intensos eran en nuestro paciente los dolores encefálicos durante las noches, que no solo no dormía, sino que no cesaba de gritar y delirar. Así, pues, un dolor fijo en lo interior del cráneo, que no cesa en muchas semanas ni aun en muchos meses y que tiene terribles exacerbaciones nocturnas, no es una cefalalgia febril, ni nerviosa, sino una *cefalea*, y como tal, indicio positivo del goma cerebral. ¿Qué son estas *cefaleas*, sino los dolores osteocopos del cráneo?

Apresurémonos á advertir que, aun cuando la *cefalea* es uno de los síntomas más importantes de la sífilis cerebral, señalándonos el sitio que ocupa la neoplasia en el encéfalo ó en el cráneo, su ausencia no prueba que no existan gomas cerebrales, pues en varios casos falta este síntoma doloroso.

Tienen de particular las *parálisis sifilíticas*, el ser parciales é incompletas. Son *parciales*, porque se limitan á uno ó más grupos de músculos: los inervados por filetes relacionados con el punto del cerebro en que radica la neoplasia; son *incompletas*, porque siempre resta en la parte paralizada un tanto de movimiento ó de sensibilidad.

En nuestro enfermo, afásico como estaba, no pudimos cerciorarnos de si estaba ó no abolido el sentido del olfato, pues la *anosmia*, frecuentemente limitada á una fosa nasal, no deja de observarse con alguna frecuencia. En tales casos deduciremos que el primer par de nervios craneales es comprimido por un goma en su trayecto craneano ó en los agujeritos de la lámina cribosa del etmoides.

¿Qué resultará cuando un goma ó una exostosis de la base del cráneo ó de la duramadre se apliquen sobre los haces ópticos, sobre la cinta del mismo nombre, sobre el kiasma ó sobre la porcion de nervios ópticos que va del kiasma á la retina? Perturbaciones de la vision, ambliopias, cruzadas ó simétricas, hemiopias, amaurosis y hasta acromatopsias, más ó menos parciales y más ó menos completas, en el ojo correspondiente al nervio oprimido.

Muchos sifilíticos con síntomas cerebrales se vuelven dueros de oido y aun completamente sordos de un lado; esto arguye compresiones del nervio acústico, frecuentemente en su trayecto intra-craneal. Es de notar que, en tales casos, la *cópsis* va casi siempre precedida de *hiperacusia*; lo cual se explica por la irritacion que experimenta el nervio auditivo antes de que la compresion ejercida por el goma ó la exostosis sea bastante considerable para desorganizarle.

No son ménos notables los efectos de la neoplasia sifilítica de la base del cráneo, cuando recae en el origen ó en el trayecto de los nervios que animan á los músculos del ojo. Siem-

pre vereis, por tales lesiones, parálisis de uno ó más de estos músculos, siendo su inmediata consecuencia la contracción rígida de los antagonistas y, por lo mismo, diferentes formas y grados del *estrabismo* ó la *blefaroptosis*. Si en el enfermo cuya historia he bosquejado no habia trastornos de la olfacion, ni de la audicion, ni de la vision, ni caída del párpado, ni estrabismo de ninguna clase, era porque la base del cráneo y las regiones inferiores del cerebro se hallaban exentas de las neoplasias específicas que campeaban en las altas regiones de los hemisferios. En cambio, el jóven tuvo un ataque de apoplejía, que le costó una hemiplegia superior derecha y la afasia. Fijaos bien en las condiciones en que vino esta apoplejía y en las particularidades de sus resultados.

El enfermo era jóven,—29 años.—y siempre cuando veais síntomas apopléticos en edad inferior á 40 años, tendréis derecho á sospechar que es de origen sífilítico. No lo afirméis rotundamente y sin dar mucha importancia á los antecedentes, pues ya tengo mencionado un caso de apoplejía fulminante y completa en un jóven de 26 años, observado por mí, en quien no habia sífilis. Mas en este caso la apoplejía fué *completa y fulminante*; en el jóven sífilítico de nuestro relato clínico, si bien el ataque vino súbitamente, habia desde mucho tiempo intensísima cefalea y el enfermo, aun cuando comatoso, paralizado del brazo derecho é inepto para expresarse con palabras, manifestaba con otros signos que no habia perdido por completo el conocimiento. Así, pues, toda *apoplejía* en persona menor de 40 años, que sobrevenga súbitamente, con obtusion más no completa, pérdida del conocimiento y con parálisis limitadas, tendrá todos los indicios de ser debida al sífiloma del cerebro.

Nuestro enfermo estaba afásico y paralítico del brazo de-

recho. Si hay localizacion bien adquirida, lo es la del lenguaje en la circunvolucion de Broca,—la tercera del lóbulo frontal izquierdo—y es tambien sabido que á las circunvoluciones parietales están adscritos los movimientos del miembro torácico del lado opuesto. El enfermo no cesó de aquejar cefalea en la region fronto-parietal izquierda: ¿puede desearse dato sintomatológico más precioso para diagnosticar el goma sifilítico en el lóbulo frontal izquierdo?

A fuerza de tiempo, medicamentos y educacion, el paciente recobró el uso del dialecto que habia aprendido en su infancia, el catalan, y si bien algo mejoró la motilidad de la mano derecha, vióse obligado á aprender á escribir con la izquierda. Esto tiene una explicacion muy natural: el goma y el derrame apopléctico se reabsorbieron en gran parte, mas no del todo; la educacion vino á sacar partido de las aptitudes expresivas de la circunvolucion frontal derecha, que está, podríamos decir, de *imaginaria*, esperando el momento de suplir á su congénere, cuando en esta resultan envaradas ó aniquiladas sus aptitudes fisiológicas, por algun estado morbozo.

Así, pues, la *afasia* y la *hemiplegia* de los sifilíticos, si bien nada tienen en sí mismas que las distinga de las que pueden ser ocasionadas por una lesion cerebral de cualquier otra naturaleza, corroboran el diagnóstico de sifiloma cuando se presentan precedidas ó acompañadas de cefalea ó de otros fenómenos nerviosos que suelen ser expresion de esta clase de daños encefálicos.

No habia en el enfermo á que nos vamos refiriendo antecedentes ni síntomas actuales de *epilepsia*, y no obstante puede y debe admitirse una epilepsia sifilítica. ¿En qué se distingue de la vulgar? Algunas veces en nada, absolutamente en nada, pues tanto en la una como en la otra el ataque convulsivo en-

tra con ó sin *aura*; las convulsiones se presentan con pérdida del conocimiento; hay inmovilidad de las pupilas; subsigue al ataque el estupor y el individuo no conserva el menor recuerdo del acceso. Es más, así la epilepsia vulgar como la específica, pueden presentar la forma de *pequeño mal*, de *vértigo* y hasta de *ausencia*, y por ella el individuo puede ser conducido á la locura impulsiva—epiléptica.—Mas esta similitud no es lo ordinario, pues la epilepsia sifilítica tiene casi siempre un sello especial: los accesos van precedidos de dolores vivísimos en una pierna, en un brazo, en un hipocondrio, etc.; por estos dolores el enfermo es advertido de que le va á dar el ataque y toma precauciones. En la epilepsia vulgar se contraen y espasmodizan todos los músculos del cuerpo; en la sifilítica las convulsiones se limitan á determinados grupos de músculos: es una epilepsia parcial. Durante el ataque de epilepsia comun, los enfermos pierden por completo la noción de su estado y de cuantos objetos les rodean, razon por la cual, pasado el acceso, no se acuerdan de nada de cuanto les pasó mientras estaban convulsos; en la epilepsia sifilítica hay obtusion, mas no pérdida total de la inteligencia y de la sensibilidad, y así no es extraño que el enfermo conserve un vago conocimiento del acceso. Por último, la *epilepsia sifilítica* tiene una piedra de toque en el ioduro de potasio: lo que el bromuro es á la epilepsia comun, es á la específica el ioduro. En cambio, si no interviene este medicamento, la afeccion no cesa de agravarse: aparecen más frecuentemente los accesos y es más extenso el campo de las convulsiones.

¿Existen *frenopatías* de origen sifilítico? Esto equivale á preguntar si los efectos mecánicos é irritativos que en el cerebro produce el neoplasma sifilítico,—de los cuales hemos visto resultar neuralgias, convulsiones, parálisis y hasta



derrames apoplécticos,—son capaces de ocasionar trastornos en la función mental. La respuesta, según mi experiencia, es rotundamente afirmativa. He visto formas maniacas con delirio de exaltación y de persecuciones y formas melancólicas, con y sin delirio alucinatorio, en sujetos evidentemente sifilíticos; el mismo individuo cuya historia clínica ha referido llegó á ser un loco furioso. Tampoco me cabe duda de que existe una *parálisis general*, con su delirio *megalomaniaco*, inconsecuente y coincidente, con debilidad muscular, temblor de miembros, progresión insegura, arrastre de la lengua y escritura en zic-zac, que reconoce por causa orgánica lesiones sifilíticas del encéfalo. Ahora, si se me pregunta en qué difiere la sintomatología de estas vesanias específicas de las que no son de origen sifilítico, diré: que hasta el presente, á pesar del especial estudio que á este punto he dedicado, no he conseguido descubrir ningún carácter clínico diferencial. Siempre hay, empero, antecedentes; siempre resta algún síntoma cutáneo, ganglionar, óseo ó mucoso, que nos hará entrar en sospechas de sífilis, y siempre, en último resultado, nos quedará el inofensivo recurso de ensayar la enfermedad por el ioduro de potasio y el mercurio. Si he dicho y repito que existen *vesanias sifilíticas*, es porque en varios casos en que, por datos extrínsecos al síndrome frenopático, me ha sido posible diagnosticar la sífilis cerebral, con inyecciones hipodérmicas de sublimado ó de peptonato amónico mercúrico y con buenas y repetidas dosis de ioduro de potasio, he obtenido, en el Manicomio, beneficios muy superiores á los que en casos parecidos suelen recabarse del empleo de otros agentes terapéuticos. De todos modos, el antecedente de la *cefalea* será uno de los datos más seguros para el diagnóstico de las frenopatias sifilíticas.

la estroma fibrosa; en el hígado, aun cuando las lesiones anatómicas que produce el goma son muy parecidas á las de la cirrosis, no se anuncia por estas las sino principalmente por ictericia; en los riñones, conglobados y atrofiados los glomerulos y los canales por la neoplasia sifilítica, también presentan trastornos generales de la nutrición, óemas, acitias, poliuria y albuminuria, cual si se tratase de una nefritis parenquimatosa.

2.<sup>a</sup> Los síntomas de la *sífilis visceral* difieren según las funciones del órgano afectado: en el *pulmón*, despliegan un síndrome parecido al de la neumonía crónica, con estertores sibilantes y con los fenómenos propios del enfisema ó de

## LECCION L

7.<sup>a</sup> La *sífilis visceral* es una manifestación relativamente precoz durante el período terciario y consiste en el desarrollo de una neoplasia gomosa en el tejido fibroso de las vísceras y de las membranas mucosas. Estas neoplasias se dividen en tres formas: *inflammatory*, *gomosa* y *cicatricial*. Los síntomas de la *sífilis visceral* dependen de las perturbaciones mecánicas y flogísticas de que son objeto los elementos vasculares, secretorios ó hematopéticos de las vísceras.

### Sífilis visceral — Testículo sifilítico

8.<sup>a</sup> La *sífilis visceral* limita su desarrollo á una forma sifilítica gomosa ó sifiloma. Este sifiloma puede ser de forma *inflammatory*, *gomosa* ó *cicatricial*. Dependiendo de la estructura de la glándula los síntomas varían considerablemente. En el hígado, los testículos, los riñones, el corazón y los pulmones, son las vísceras en donde se observa esta forma del sifiloma.

#### Proposiciones:

1.<sup>a</sup> Aparte algunas afecciones de las membranas mucosas que corresponden al período secundario, la sífilis visceral pertenece al tercer período, pues sus lesiones consisten esencialmente en las evoluciones de la neoplasia característica en el tejido conjuntivo de los órganos espláncicos, y sus síntomas dependen de las perturbaciones mecánicas y flogísticas de que son objeto los elementos vasculares, secretorios ó hematopéticos de las vísceras.

2.<sup>a</sup> La sífilis, en las vísceras, puede presentarse bajo tres formas: *inflammatory intersticial*, *gomosa* y *cicatricial*; esta última es una terminación ó producto de las precedentes y especialmente de la gomosa.

3.<sup>a</sup> La forma *inflammatory intersticial* se observa principalmente en órganos ricamente provistos de tejido fibroso y se manifiesta por un exceso de producción de los disepimentos fibrosos que subdividen y tabican los elementos esenciales de estas vísceras; este tejido fibroso, análogo al cicatricial, se retrae, y por tal causa, la superficie del órgano aparece sembrada de lóbulos, que alternan con surcos profundos; el hígado, los testículos, los riñones, el corazón y los pulmones, son las vísceras en donde se observa esta forma del sifiloma.

4.<sup>a</sup> La forma *gomosa* se caracteriza por núcleos ó tumorcitos en el seno de los órganos, que tienen un estroma de tejido conjuntivo, núcleos que al principio son duros, pero que luego se reblandecen y quedan convertidos en materia mucilaginoso, ó se atrofian y reabsorben, mediante la medicación yódica, ó dejan residuos cicatriciales y aún osteofíticos, determinando retracciones, surcos y abolladuras en la superficie del órgano y constituyendo la forma *cicatricial* del sifiloma.

5.<sup>a</sup> Los síntomas de la *sífilis visceral* difieren según las funciones del órgano afectado: en el *pulmón*, despliegan un síndrome parecido al de la neumonía crónica, con estertores sibilantes y con los fenómenos propios del enfisema ó de

la estenosis bronquial; en el *higado*, aún cuando las lesiones anatómicas que produce el goma son muy parecidas á las de la *cirrosis*, no se anuncia por ascitis, sino principalmente por ictericia; en los *riñones*, comprimidos y atrofiados los glomérulos y los canaliculos por la neoplasia sifilítica, resultan trastornos generales de la nutrición, edemas, ascitis, poliuria y albuminuria, cual si se tratase de una *nefritis parenquimatosa*.

6.<sup>a</sup> Los síntomas de la sífilis visceral nada tienen de característico: por ellos solos no podríamos llegar al diagnóstico de la especificidad de las lesiones; esta se deduce de los antecedentes del enfermo ó de la concomitancia con otros afectos sifilíticos, y, en último extremo, de los efectos benéficos del ioduro de potasio.

7.<sup>a</sup> La *orquitis sifilítica* es una manifestación relativamente precoz dentro del período terciario, y consiste en el desarrollo de la neoplasia gomosa en el tejido fibroso de la albugínea y de los tabiques que desde esta cáscara se dirigen radiando hácia el interior del testículo y separan en numerosos grupos los conductillos seminíferos; los cuales, comprimidos por el tejido de nueva formación, se angostan y hasta desaparecen, quedando en lugar de la glándula un pequeño núcleo de tejido cicatricial, completamente inepto para la secreción espermática.

8.<sup>a</sup> Puede el goma sifilítico limitarse á una porción del testículo ó comprenderle totalmente, y también puede formar diferentes núcleos, aparentes desde la superficie de la glándula los cuales, reblandeciéndose y abriéndose á través del escroto, dan lugar á ulceraciones fistulosas excavadas, de las cuales fluye un líquido mucilaginoso; en tal estado puede venir la cicatriz ó depósito de tejido esclerótico.

9.<sup>a</sup> Si bien la sífilis puede dar lugar á una infiltración inflamatoria del epidídimo—*epididimitis sifilítica*—no puede esta confundirse con el goma del testículo, pues aquella tiene todas las semejanzas con la epididimitis blenorragica: se extiende al cordón espermático, respeta siempre al testículo, y es una manifestación, poco frecuente, del período secundario de la sífilis.

10.<sup>a</sup> Los síntomas de la orquitis sifilítica son al principio oscuros, pues, como no causa dolor, pasa desapercibida para el enfermo; si hay dolor, es de tensión del testículo, con resentimiento en los lomos; está tumefacto y duro el testículo; se perciben núcleos que hacen desigual su superficie, y en casos de reblandecimiento, nótase fluctuación en uno ó varios de estos núcleos, los cuales terminan abriéndose y dando salida al humor á que el goma debe su nombre; con ó sin abertura, viene el período de reabsorción y cicatrización, quedando, por tal hecho, parte ó la totalidad del testículo reducido á un núcleo fibroso, ó bien, si ha intervenido el ioduro, desaparece la neoplasia sifilítica, y el testículo vuelve á sus condiciones normales de estructura y función.

11.<sup>a</sup> Cuando el sífiloma afecta un solo testículo, suelen conservarse los deseos y erecciones venéreas; si, simultánea ó consecutivamente, son lesionados los dos, no solo desaparecen los instintos genitales, sino que el semen deja de tener espermatozoides.

12.<sup>a</sup> Ni la *tuberculosis del testículo*, que no tiene núcleos duros, ni propende á la retracción cicatricial atrofica; ni el *encefaloides*, que causa vivos dolores, propende á la ulceración fungosa y se acompaña de infartos ganglionares en las ingles; ni el *fungus benigno*, que, ulcerando el escroto, forman una prominencia fungosa en el fondo de las bolsas y se cura por la extirpación sin auxilio del ioduro de potasio, pueden confundirse con el *testículo sifilítico*, que consiste en el goma de esta glándula.

13.\* Cuando la terapeutica interviene oportunamente, puede la orquitis sifilitica ser encaminada á una curacion completa, á beneficio de los mercuriales, usados tópicamente y al interior, y sobre todo, con el admirable auxilio del ioduro de potasio, á altas dosis; más tarde, cuando el testículo se ha convertido en un núcleo de tejido fibroso cicatricial, son ineficaces estos remedios, y si la lesion recae en ambos testículos, puede considerarse definitivamente perdida la aptitud prolifica.

SEÑORES: Respecto de la sífilis que fija sus dominios en los órganos esplánicos, debo repetir lo que decía tratando de la sífilis del sistema nervioso: estos enfermos no nos atañen; en la oficina de entradas, así que ven que los males que les conducen al hospital no son externos, sin parar mientes en la índole de la afeccion, no los destinan á las salas de especialidad, sino que desde luego los mandan á las enfermerías de clinica médica.

Esta es, en efecto, la sífilis de que entienden los patólogos de lo interno; y, en verdad, no hay para qué envidiarles el contingente clínico que de buen derecho les pertenece, puesto que si los afectos sifilíticos de la piel, de las mucosas, de los huesos y de las articulaciones, son, por punto general, fáciles de diagnosticar, las neoplasias sifilíticas de las vísceras despiertan síntomas funcionales tan parecidos á los que resultan de cualquier otro proceso y en particular de la inflamacion crónica, que los médicos, aun los más avisados y los de mejor ojo práctico, se ven en la precision de acudir al conmemorativo ó al ensayo terapéutico para decidir si en la patogenia de tal ó cual afeccion visceral entre ó no por algo el proceso de la sífilis.

No extrañeis, pues, que en la presente Leccion, al igual de las otras que no tienen ni deben tener más luminar que el que reflejan nuestras enfermerías, sea más bien sintético que analítico, más dogmático que clínico. Si no tengo materiales de enseñanza, ¿cómo he de impresionar vuestra mente del

modo que le incumbe á un catedrático de clínica quirúrgica?

Cuando se habla de sífilis visceral, está convenido que se trata de las alteraciones que en los órganos esplánicos produce la discrasia en su periodo terciario, tomando carta de naturaleza en los parénquimas esplánicos, bajo las distintas formas con que, según sabeis, puede presentarse el sífiloma en su periodo terciario.

Lo cual no es negar que en las membranas mucosas y hasta las serosas, que al fin y al cabo no son más que el revestimiento interior ó exterior de las vísceras, puedan impresionarse de sífilis durante la época de las erupciones. Harto lo he dicho: la denominación ordinal numérica de las afecciones sífilíticas, no se saca ni de la prioridad de las mismas ni de la profundidad de los órganos afectados, sino del plano anatómico de estos á que la lesión corresponde. Un catarro intestinal, con todo y ser tan profundo el intestino, será producto de una sífilide eritematosa y secretoria de la mucosa digestiva del periodo secundario; pero si la lesión radicase —lo que debe ser rarísimo— en la túnica muscular del mismo órgano, merecería el calificativo de terciaria.

Penetrando más en la intimidad de estas lesiones, nos convenceremos de que lo *terciario* en los órganos esplánicos estriba en las evoluciones de la neoplasia característica de la sífilis, el *goma*, en medio de la sustancia conjuntiva que forma el estroma de las vísceras.

No hay quien no comprenda que si el estroma del tejido conjuntivo de las vísceras, forma, como quien dice, el esqueleto en donde se acomodan, insertan y se contienen los vasos, los nervios, los folículos y los elementos específicos de la entraña, cualquier hiperplasia, ó exceso de producción de dicho tejido intersticial, habrá de redundar en perjuicio de la

nutricion, desarrollo y funcionamiento de dichos elementos específicos. Estos serán oprimidos, desalojados y sustituidos por los del tejido conjuntivo, inertes para la funcion, al paso que agentes mecánicos contrarios á la circulacion y poderosos obstáculos para la nutricion. Si el órgano es vascular, quedará anémico; si secretorio, sus folículos, utrículos ó tubos se reducirán á núcleos ó cilindros, ineptos para la funcion, y si es hematopético, sus elementos anatómicos, sustituidos por masas informes del tejido cicatricial, carecerán de toda aptitud para regenerar la sangre.

Ahora bien, dado que con lo dicho podais tener ideas claras del esquema del *sifiloma visceral* y no apartando de vuestra mente la mision fisiológica del órgano en donde ha fijado sus reales la neoplasia sifilítica, podreis fácilmente inducir los síntomas que á tales lesiones deberán corresponder.

Antes de entrar en el análisis individual de las vísceras, debeis saber que el sifiloma puede en ellas revestir tres formas, ó por mejor decir, dos formas primitivas y otra derivada: las dos primeras son la *inflamatoria intersticial*, como la llama Cullerier, y la *gomosa*, y la última es denominada *cicatricial* y consiste en un producto, una resultancia de las precedentes, aunque se ve preferentemente como término de la gomosa.

Supongamos por el momento la forma *inflamatoria intersticial*. ¿En qué entrañas la veremos? En todas aquellas en que el tejido fibroso forma, no solo su cáscara ó cubierta, sino que además penetra en su interior, formando numerosos tabiques que subdividen hasta lo infinito el parénquima. Imaginad, para mejor comprenderme, la estructura del hígado, con su cápsula de Glisson y sus múltiples divisiones, despues de haber ésta penetrado en el seno de esta enorme glándula, por el surco de la vena porta.

¿Qué sucederá? La neoplasia sifilítica se acrecentará en el mismo sitio á que corresponde el tejido fibroso; por tal incremento, los elementos anatómicos específicos serán comprimidos y lo serán tambien los vasos que los nutren. La neoplasia va en aumento: ménos elemento específico y menor nutrición de este; llegará un punto en que toda la víscera ó un segmento de ella se habrá trocado en un núcleo fibroso cicatricial, resíduo del goma sifilítico. Pedidle funciones á un tal tejido: no las tiene; solo sabe retraerse, y retrayéndose, convierte la superficie y lo interior del órgano en una serie de lobulillos y lóbulos, que le asemejan mucho al aspecto que tenía en los primeros tiempos de su formación, y así el hígado y los riñones de los sifilíticos se parecen mucho á los riñones é hígado del feto.

¿Qué vísceras se hallan, pues, en el caso de poder ser asiento del *sifiloma intersticial*? ¿Cuáles son los que presentan tejido conjuntivo que sirva de sosten á sus elementos específicos? Dejemos á un lado el cerebro, la médula y los ganglios del gran simpático, que ya han sido objeto de nuestros estudios, y nos quedarán: el *hígado*, los *pulmones*, los *riñones* y los *testículos*. En ellos, á pesar de la brevedad de esta revista anatómopatológica, estudiaremos la sintomatología de la sífilis difusa.

Hablemos, entre tanto, de la segunda forma del sifiloma, de la forma *gomosa*.

Aquí la neoplasia no se difunde en una grande extensión de tejido conjuntivo, sino que se aglomera formando núcleos ó tumorcitos en diferentes puntos; estos núcleos, duros al principio, forman abultamientos que quitan la lisura y regularidad de la superficie del órgano; andando el tiempo, cada núcleo puede ser asiento de un proceso de reblandecimiento, por el cual su propia sustancia queda convertida en una especie de mucílago; desde entonces es ya un tumor fluctuante.

que acaso la yema del dedo percibe á través del tegumento. ¿Se reabsorberá? ¿Se abrirá al exterior? Cualquiera de las dos cosas que suceda, sobrevendrá luego en el sitio del goma un depósito de tejido conjuntivo cicatricial, que reemplazará á los elementos preexistentes; pero los reemplazará mal, pues no tendrá aptitudes funcionales; será un testimonio histórico, serán las ruinas de un órgano á quien estaba confiado un papel más ó ménos importante en la nutrición, pero que no servirán de nada, ni para nutrirse. Será el tal producto un funcionario cesante, que ni cobra ni da servicio y que, más bien que aprovechar, estorba.

A esto añádase, que los perjuicios de la neoplasia irán en aumento á medida que obrará sobre los elementos normales en virtud de la extraordinaria retractibilidad que caracteriza á dichos tejidos; los vasos, los nervios, los folículos, todo desaparecerá, y la superficie de la víscera se presentará profundamente surcada y lobulada.

Es evidente que cada entraña responderá con diferentes síntomas á las lesiones que en ella produce la sífilis; y así no confundiremos la *hepatitis sífilítica* con la *pulmonía sífilítica*; pero ¿tendremos medios para distinguir una *pulmonía*, una *hepatitis*, una *nefritis* gomosas, de estas mismas flegmasias ordinarias, no específicas?

Poco se sabe de esto; lo he dicho ya: los clínicos más expertos se ven precisados á buscar el diagnóstico de *sífilis visceral* dando gran mérito á los antecedentes del enfermo, investigando indicios de lesiones externas ó quirúrgicas de la sífilis, y como muchas veces ninguna luz les proporcionan semejantes indagaciones, se ven en la precisión de ensayar la enfermedad por el *ioduro de potasio*, que, en casos de sífilis visceral, reporta beneficios que en vano se solicitarían de otros medicamentos.



Bueno es, empero, tener en cuenta algunos datos que la experiencia permite señalar como indicios probables del carácter sifilítico de las lesiones viscerales. Respecto del *hígado*, se sabe que la *hepatitis gomosa*, que reduce el tejido de esta glándula á condiciones parecidas á las de *cirrosis atrófica*, segmentando y lobulando su superficie, difiere de esta, porque, en lugar de manifestarse por ascitis y edema, no presenta hidropesías, y sí, en cambio, *ictericia* muy pronunciada, debida sin duda á compresion y obstruccion de los conducto biliares por el neoplasma. Tambien sabemos que el *goma del pulmon—pulmonía sifilítica—* se presenta con los síntomas propios de la pulmonía crónica, percibiéndose estertores sibilantes y secos, disnea y demás fenómenos que indican ya el enfisema, ya la estenosis de los bronquios. Por último, el tejido del *riñon*, agobiado por la infiltracion sifilomatosa, viene á colocarse en condiciones parecidas á las de la *nefritis parenquimatosa*: son comprimidos y atrofiados los glomérulos y los canalículos, y de resultas, hay poliuria y albuminuria, con los consiguientes trastornos de la nutricion, ascitis y edemas movibles. No hay, pues, en la *nefritis sifilítica* síntoma alguno que revele su naturaleza y la distinga de la *enfermedad de Brhigt*.

Señores: sin movernos del terreno de la especialidad sifiliográfica, volvemos á ser cirujanos, porque vamos á ocuparnos de la última de las localizaciones del goma que nos falta estudiar: el goma de los *testículos*, y sabido es que todas las afecciones de estas glándulas, ora sean simplemente blenorragicas, ora catarrales, tuberculosas, cancerosas ó sarcomatosas, incumben á la Cirujia.

No andaríamos seguramente escasos en ejemplares clínicos

para estudiar la *orquitis sifilítica*, más comunmente llamada *testículo sifilítico*, si tubiésemos que referir todos los que han pasado por nuestras salas; mas como acaba de ingresar un sujeto en la enfermería especial, prefiero dirigir mis referencias clínicas á este que á otros que formaban parte del contingente de cursos anteriores.

Es un jóven de 25 años, trabajador, que declara sin ambages, que hace dos años y medio contrajo un chancro duro, subseguido de erupciones cutáneas y males de garganta. Hace un mes que, cuando ménos pensaba en la enfermedad sifilítica, pues hacia más de seis que le habian desaparecido hasta los dolores de los miembros que tanto le habian atormentado, comenzó á notar cierto engrosamiento del testículo izquierdo, lo cual por de pronto atribuyó á un recaentamiento. No le causaba este mal otra molestia que cierta tirazon desde el testículo á los lomos. El testículo fué creciendo, hasta adquirir las dimensiones de un limon pequeño; no obstante, hace algunos dias que el tumor, más bien que crecer, disminuye y ya no le causa dolor, si no se lo comprimen. Acusa al propio tiempo distagia, y se ve en el amigdala izquierda una úlcera evidentemente sifilítica.

El testículo derecho está perfectamente sano y conserva sus normales proporciones; el izquierdo tiene el volumen de una pera de regular tamaño; parece adherido al escroto; no presenta cambio de color y palpándolo se nota que su superficie está sembrada de surcos y de lóbulos; el cordón espermántico está tambien engrosado, pero no se toca abultamiento del epidídimo. Evidentemente se conoce que no hay líquido en el interior de la túnica vaginal. Por lo demás, este jóven se siente decaído; está pálido y bastante demacrado: á simple vista se advierte que le domina una disémia.