

Ricord y Alfredo Fournier han descrito hechos de este género, sin decidirse en ningún sentido. En 1859, Laroyenne, de Lyon (1), manifestó un chancro infectante seguido de sífilis constitucional, y que fué inoculado al portador. En 1862, Rollet (2) consagró un capítulo de su obra á la coexistencia del chancro simple y de la sífilis, y al chancro sífilítico misto. En 1863, el doctor Nodet (de Lyon) publicó un trabajo (3) sobre este asunto y refiere hechos numerosos, y que parecen irrefutables, de chancro misto; pero Diday y Melchor Robert fueron opuestos á esta doctrina. Pablo Picard y Cusco han reproducido con éxito los experimentos de la escuela de Lyon; Lee en Inglaterra y Lindwurm, en Munich han observado el chancro blando; Boerensprung (de Viena) considera este hecho como demostrado clínicamente; y Sigmund (de Viena) se espresa de este modo en una carta dirigida á Rollet, que refiere Nodet (*loc. cit.*), en agosto de 1862: «Respecto al chancro misto, he refutado todas las objeciones de mis colegas, prácticos mas antiguos que yo y especialistas, practicando la inoculación de la materia del chancro blando en uno indurado. He repetido con frecuencia estas observaciones en circunstancias las mas diversas y probado el desarrollo de las dos enfermedades en el mismo punto.» Algunos autores recomendables no quieren admitir todavía lo que ellos llaman la *teoría ingeniosa* del chancro misto; no obstante, los hechos existen y están garantidos por la autoridad de sabios médicos; pudiendo reproducirse experimentalmente. Habiendo llegado á este estado las cosas, nos parece que no se puede pasar en silencio los hechos en cuestión, y que deben colocarse en un artículo sobre la sífilis. Para Rollet, entre las formas mistas del accidente inicial de la sífilis, hay una que merece llamar la atención muy particularmente, y es la que sucede á la implantación del chancro simple sobre el sífilítico primitivo.

El chancro *misto* (Rollet) puede aparecer espontáneamente ó producirse artificialmente; si sobre un chancro indurado se aplica pus de uno simple, se produce en la úlcera una transformación; el fondo se pone gris y se escava, los bordes se despegan y la supuración se hace mas abundante; no obstante, conserva su induración en la base y la propiedad de indurar los ganglios.

Un enfermo puede haber contraído en el mismo foco y al mismo tiempo, un chancro simple y otro sífilítico; pudiendo estar situados estos dos chancros en dos puntos separados, ó no formar por el contrario mas que una misma ulceración. En este segundo caso se ve aparecer primero el chancro blando, y la induración solo sobreviene hácia la tercera semana, que es el límite habitual de la incubación

(1) Laroyenne, *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*. Lyon, 1859.

(2) Rollet, *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*. Lyon, 1862.

(3) Louis Nodet, *Études cliniques et expérimentales sur le chancre mixte*, tésis inaugural. Montpellier, 1863.

del chancro sífilítico. Según el resultado de las inoculaciones practicadas por Rollet, el chancro misto no podría inocularse al portador, sino en la proporción de 6 por 100, y según Puche y Fournier, la proporción debería reducirse á 2 por 100.

El tratamiento del chancro misto debe ser á la vez el del chancro simple (cauterización y curación de la herida), y el del sífilítico (uso del mercurio).

5.º SIFILIS CONSTITUCIONAL.

§ I.—Historia.

Cuando el chancro específico, indurado é infectante se manifiesta con todos sus caracteres, aparece la sífilis constitucional, cuyo primer indicio es el chancro. Desde entonces todos los tejidos del organismo pueden manifestar la sífilis; en virtud de que, desde este momento existe en este organismo una especie de diátesis adquirida que vive en él, por decirlo así, parasitariamente, y sufre sus evoluciones bajo cierto orden. A la sucesión de estas manifestaciones diatélicas es á lo que se ha llamado sífilis *secundaria* y *terciaria*; sirviéndose las mas de las veces de la expresión *accidentes* secundarios ó terciarios, mala locución, que sería mejor suprimir y reemplazar por la palabra síntoma. La sífilis constitucional afecta en su curso una cierta progresión casi regular, y no ataca indiferentemente todas las partes del organismo al mismo tiempo; así es que hay un sitio para la sífilis secundaria y otro para los síntomas terciarios, y ni el sitio ni las alteraciones morbosas son semejantes según el grado á que ha llegado la sífilis. Los primeros sífilógrafos (Juan de Vigo y Thierry de Héry) dividían ya la sífilis en dos períodos: 1.º el *chancro*; 2.º la sífilis *confirmada*. Hunter describía de este modo el curso de la sífilis: «Las partes afectadas por la sífilis constitucional en su primer período, y que yo llamo partes del primer orden son; la piel, las amígdalas, la nariz, la garganta, la superficie interna de la boca y algunas veces la lengua. Cuando la enfermedad llega á su segundo período, el periostio, las aponeurosis y los huesos se resienten de la acción de la sífilis; estas son las partes del segundo orden.» Generalmente se admite que la sífilis marcha de la periferia al centro, ocupando primero la superficie de la piel y de ciertas mucosas y afectando en seguida los tejidos profundos. Ricord contribuyó á establecer esta doctrina que formula en estos términos. «La sífilis se divide naturalmente en períodos: *primer período*: accidente primitivo, el chancro origen obligado de la sífilis adquirida; el chancro con el bubon; *segundo período*: accidentes secundarios que abren la escena de los síntomas de la sífilis, es decir, que suceden al chancro en los primeros meses: accidentes de los tejidos superficiales; *tercer período*: accidentes terciarios que no se manifiestan sino en una época

bastante lejana ya del accidente original, rara vez antes del término de medio año, pudiendo aparecer mas tarde en un espacio casi ilimitado; accidentes que afectan los tejidos profundos y de tal manera diferentes de los que se producen en las partes esternas, que parecen constituir, como decia Hunter, otra enfermedad.» ¿Son en realidad otros tejidos ú otras regiones las que afectan sucesivamente la sífilis secundaria y terciaria, ó no es mas que una parte diferente de los mismos tejidos? Bassereau ha emitido la opinion de que la sífilis en todos sus períodos afecta á la piel, á ciertas mucosas y al tejido óseo, pero ataca primero la superficie de estos tejidos, cuyo centro invade mas tarde. Este hecho es evidente en lo que concierne á la sífilides; en efecto, se sabe cuán frecuente y variada es esta manifestacion de la sífilis en todos sus períodos.

Muchos autores han intentado clasificar las manifestaciones sifilíticas siguiendo un método natural. La escuela alemana ha creído poder establecer esta clasificacion por las lesiones anatómicas. Bœrensprung primero y despues Virchow (1) han procurado establecer una clasificacion segun estos principios. Para Bœrensprung, la sífilis secundaria se traduce principalmente por hiperemias ó simples exudatos y la terciaria se manifiesta, al contrario, por alteraciones mas adelantadas. Para Virchow, los síntomas secundarios son debidos á trastornos funcionales, á una irritacion nutritiva y á una tendencia hiperplásica. Los síntomas terciarios tienen por manifestacion íntima producciones morbosas, celulosas ó fibrosas, que se aproximan á la forma gomosa y á la ulceracion. Este autor parece que no tiene en cuenta la sucesion cronológica de estos accidentes, los cuales podrían existir á la vez con caractéres muy diferentes en diversos tejidos. Sigmund (2) propone una clasificacion cronológica, segun la cual los síntomas se sucederian por épocas y en límites de tiempo determinados; no manifestándose los secundarios antes de la sexta semana, quedando retardados los terciarios hasta los seis meses y perteneciendo al período terciario, á partir de esta época, todos los accidentes que pueden sobrevenir. Por lo general se admite en el día la sucesion cronológica de los síntomas sifilíticos. Los síntomas terciarios se pueden manifestar en una época muy separada (muchos años) del principio de la enfermedad; pueden faltar absolutamente, dilatándose la enfermedad ya por la reaccion propia del organismo, ya por la influencia del tratamiento.

§ II.—Síntomas, primer período.

Poco tiempo despues de la infeccion, es decir, despues de la aparicion del chancro, aparecen los síntomas prodrómicos, cuya época

(1) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, traducido del aleman por el doctor Pablo Picard. París, 1860.

(2) Sigmund, *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1856.

media de aparicion veremos mas adelante, diciendo por ahora que aparecen algunas semanas despues del accidente inicial. Los enfermos experimentan un malestar, con laxitud, quebrantamiento de fuerzas y cefalalgia, con fisonomía alterada, sintiéndose la accion de una diátesis grave en vía de evolucion. Hay anemia y caquexia, cuyo estado se marca por los vértigos, palpitaciones y desvanecimientos: el dolor de cabeza se hace intenso y ocupa principalmente las sienes, estendiéndose á veces por todo el cráneo. Que en este momento hay una verdadera anemia es cierto, porque en algunos sugetos se oye el soplo significativo de los vasos del cuello. En semejantes casos se ha señalado una alteracion de la sangre que consiste en disminucion del número de glóbulos. *La cefalalgia* es el fenómeno dominante en este período y al mismo tiempo hay hiperestesia de la piel, de la cabeza y de la cara. *La cefalea prodrómica*, es pues un síntoma importante y casi característico, presentándose algunas veces este dolor de una manera irregular y como intermitente, pero rebelde al sulfato de quinina. En algunas ocasiones el conjunto de síntomas que acabamos de señalar lo completa un ligero estado febril, que se ha llamado *fiebre sifilítica*, y que coincide habitualmente con exacerbaciones en los dolores de cabeza.

La *cefalea* no es el único síntoma neurálgico de la sífilis prodrómica; se producen tambien dolores en otros puntos, principalmente en las articulaciones, que son los dolores *rumatoides* de la sífilis, los cuales afectan particularmente las rodillas, los codos y los hombros; hay así mismo dolores musculares y torticollis, y el biceps y el deltoides están muchas veces doloridos. Por las noches es cuando se presentan la *cefalea* y los dolores *rumatoides* de la sífilis. No se ha fijado aun el verdadero sitio anatómico de estas manifestaciones morbosas, pero la movilidad de estos dolores, su rápida mutacion y la falta de todo indicio material de su paso, autorizan para creer que hay simple fluxion. Hemos dicho que Bassereau opinaba que hay allí ya una lesion anatómica, aun cuando es superficial. No hay todavía á la verdad, dice este autor, alteraciones muy apreciables á la vista, ¿pero no podría haber en los huesos como en los demás tejidos alteraciones sifilíticas de todos los grados?

La *adenitis* ó *adenopatía* cervical es uno de los primeros síntomas de la sífilis, cuya alteracion característica de los gánglios se presenta en la region posterior del cuello. La adenitis post-cervical es uno de los primeros síntomas que encuentra el sifilógrafo y casi instintivamente, por decirlo así, dirige el médico su mano á la parte posterior del cuello para percibir en él este precioso indicio.

Es mucho mas raro encontrar la adenopatía en las axilas ó en las ingles, y de todas maneras este signo no tiene el mismo valor en estas regiones. Algunas veces el infarto de los gánglios cervicales aparece tambien antes de toda erupcion cutánea, y aun cuando Cullerier y Bazin opinan que el infarto ganglionar es siempre motivado

por una erupcion del cuero cabelludo, Ricord no participa de esta opinion, y la mayor parte de los sifilógrafos admiten la induracion de los ganglios sin erupcion prévia. Estas adenitis son duras, indolentes y no tienen ninguna tendencia á la supuracion.

La alopecia se ha observado algunas veces como uno de los primeros síntomas de la sífilis, no obstante, en el mayor número de casos este síntoma se manifiesta en un período mas avanzado de la enfermedad, por lo cual haremos mas adelante su descripción.

§ III.—Segundo período, ó período de los síntomas secundarios confirmados.

Duracion del período prodrómico.—Los prodromos ocupan el espacio de tiempo que separa el chancro de las erupciones sifilíticas, las cuales son la mas brillante manifestacion de la sífilis constitucional. En algunas ocasiones la roseola sifilítica acompaña á los síntomas prodrómicos. Segun Ricord, estos síntomas aparecen las mas de las veces del cuarto al sétimo setenario, y segun Bassereau la época de aparicion seria á los treinta dias por término medio, cifra que resulta de 107 observaciones. Diday en 52 casos ha encontrado un término medio de cuarenta y seis dias, á datar de la aparicion del chancro (1). M. Robert consigna las dos cifras siguientes: minimum treinta y cinco dias, máximum cuatro meses. En la estadística de Diday la roseola apareció por un término medio cuarenta y seis dias despues del principio del chancro.

Estos síntomas los han reconocido los primeros observadores del siglo XV y los han descrito con el nombre de *morbis pustularum*; pero la inmensa variedad de estas afecciones sifilíticas de la piel al fijar la atencion de los médicos, produjo al mismo tiempo la confusion en la descripción. Las erupciones superficiales como la roseola, y las sífilides mas profundas, como el ectima y las afecciones serpiginosas se describieron juntas como una forma, mas bien que como un período de la enfermedad. Las enfermedades de la piel no fueron objeto de un estudio especial hasta una época inmediata á nosotros. Alibert (1822) reunió bajo un nombre comun (*Sifilides*) las erupciones que pertenecen á la sífilis. Bielt clasificó las sífilides por el método de Willan. Los primeros observadores habian dividido simplemente las erupciones en *pequeñas y gruesas pústulas*. Fernel reconoció cuatro especies de erupciones; que son, la alopecia y la *unglada*, las *manchas* y los *botones secos*, los *botones húmedos*, las *costras* y las *úlceras* y las *afecciones mas profundas* de los huesos, de los músculos, etc. Cullerier, el antiguo, admitia once especies de pústulas, Lagneau doce y Bielt reconocia siete órdenes de sífilides. Alph.

(1) P. Diday, *Esposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. París, 1858, p. 266.

Cazenave (1), Legendre (2), Bassereau (3), Diday, Rollet (4), Bazin (5), principalmente y Hardy (6) deben citarse entre los autores contemporáneos que han dilucidado esta cuestion. En el dia esta parte de la sífilis es una de las mejor estudiadas.

Bazin reconoce en la sífilis cinco tiempos: en el primero aparece el chancro; en el segundo se presentan las primeras sífilides acompañadas de prodromos y de una especie de estado febril, comparable al que marca la invasion de las fiebres eruptivas; el tercer tiempo manifiesta la segunda accion sifilítica, las sífilides se circunscriben, sobrevienen tarde y dejan cicatrices; el cuarto tiempo es el de las sífilides ulcesoras; y el quinto tiempo está caracterizado por la aparicion de placas induradas en la túnica albugínea del testículo. Bazin ha propuesto la clasificación siguiente de la sífilis:

PRIMERA SECCION.—*Exantemáticas.*

A.—Sífilides resolutivas.	1. ^a Eritematosa.....	} Maculosa ó rubeólica. Granulada. Escamosa.
	2. ^a Papulosa.....	
	3. ^a Pustulosa.....	} Lenticular. Miliar. Flizaciada.
	4. ^a Vesiculosa.....	

SEGUNDA SECCION.—*Circunscritas.*

A.—Sífilides resolutivas.	1. ^a Tuberculosa.....	} En grupos. En anillos. Escamosa.
	2. ^a Pústulo-crustrácea.....	
	3. ^a Pápulo-vesiculosa.....	} Esparcida. En corimbos. En círculos.

(1) Alph. Cazenave, *Traité des syphilides*. París, 1843.

(2) Legendre, *Nouvelles recherches sur les syphilides*, tesis. París, 1841.

(3) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. París, 1852.

(4) Rollet, *Recherches sur quelques maladies de la peau réputées rares et exotiques et qu'il convient de rattacher á la syphilis* (*Arch. de méd.*, 1861, et *Traité des maladies vénériennes*, 1865).

(5) Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur la syphilides*, recogidas y publicadas por Louis Fournier, París, 1859.

(6) Hardy, *Leçons sur la scrofule et la syphilis*, 1864.

TERCERA SECCION.—*Ulcerosas.*

B.—Sifilides ulcerosas.	{	Puro-vesiculosa.....	}	Diseminada (forma maligna).
		Tubérculo-ulcerosa.....		En grupos.
		Gomosa.....		En grupos.
				Serpiginosa.
				Esparcida.

Para la descripción de los caracteres generales y patognómicos de la sifilides, adoptaremos el orden seguido por Hardy (1).

Caracteres generales.—Las sifilides pueden afectar la mayor parte de las formas que pertenecen á las enfermedades de la piel, cualquiera que sea la diátesis que las produzca: al mismo tiempo pueden presentarse bajo muchas formas elementales reunidas, que es lo que Hardy llama *polimorfia*. Los caracteres propios de la sifilides son numerosos, pero ninguno hay tan notable como el color, cuyo signo tiene por sí solo un valor de tal manera predominante y exclusivo, que basta, en un gran número de casos, para establecer el diagnóstico. Las sifilides tienen un tinte oscuro y sombreado á cuyo color se complacen algunos autores en llamar *triste*, de *mala apariencia*, pero lo mas seguro es llamarle color *sifilitico*. Es difícil describir esta coloracion especial: los antiguos no desdeñaban las comparaciones sencillas; Fallopio comparaba este color al de la carne de jamon y Swediaur al cobre (*coloracion cobriza*). Hoy tambien las espresiones de *color de jamon* ó *tinte cobrizo* son muy usadas en las clínicas. Esta coloracion se presenta no solo sobre la erupcion, sino tambien en la *cicatriz*.

La *forma* ha sido señalada como particular. Las erupciones están frecuentemente dispuestas en círculos: esta disposicion, observada mas bien en las erupciones antiguas, solo tiene un valor muy secundario, en atencion á que se la encuentra en un número considerable de erupciones que no tienen nada de sifilitico, principalmente en el herpes circinato y en ciertas especies de escrofulides.

Falta de reaccion, de dolor y de comezon.—Mientras que las psoriasis, prurigo y etcema ocasionan vivos dolores y un prurito insoportable, las sifilides, por el contrario, se hacen notar por la falta de toda reaccion local y de dolor; por esto se explica cómo los sifiliticos pueden padecer mucho tiempo una erupcion sin saberlo: en efecto, las erupciones situadas en el tronco, solo anuncian su presencia las mas de las veces por comezon, este signo falta aquí. Sin embargo, no es raro que el prurigo se una á las erupciones sifiliticas del cuero cabelludo y ocasione una viva picazon.

(1) Hardy, *Leçons sur la scrofule et les scrofulides, la syphilis et les syphilides*. Paris, 1864.

Consecuencias de las erupciones.—Los fenómenos secundarios de las erupciones son múltiples. Muchas veces las sifilides provocan ulceraciones, costras, escamas, cicatrices profundas y en algunas ocasiones úlceras supurantes y tenaces. Las *escamas* son blancas, delgadas, superficiales y menos abundantes y densas que las de la psoriasis franca. Las *costras* son además, irregulares, estratificadas, en forma de concha y se adhieren fuertemente á la piel. Las *ulceraciones* son profundas, de bordes limpios y duros, sin desprendimiento y con el fondo grisáceo; el pus es fétido y sanioso. Las *cicatrices* son por lo general *redondeadas*, deprimidas y arrugadas; el color es primero moreno y en seguida blanco. Reproduciendo la forma de las erupciones, las cicatrices son un indicio precioso para un diagnóstico retrospectivo.

Las *manchas* son muchas veces muy persistentes, aun cuando no haya alteracion profunda cicatricial de la piel; por lo general son anchas, redondas y morenas ó amarillentas, encontrándoselas con frecuencia en los miembros inferiores y en el dorso. Pueden persistir indefinidamente.

La *simetria* se ha considerado como uno de los caracteres propios de las erupciones sifiliticas. Es cierto que para las placas mucosas anales, la reproduccion simétrica de un accidente semejante en el otro lado es un hecho muy comun. En este caso se ha podido invocar la inoculacion por contacto, pero hay regiones en las cuales no puede aplicarse esta explicacion, por ejemplo, cuando hay erupcion en ambos ángulos externos de los ojos, en los dos dedos medios, etc. Segun Melchor Robert la disposicion simétrica tiene derecho para colocarla en el número de los caracteres generales de la sifilides y podria secundar el diagnóstico, lo mismo que el color, la forma y el sitio.

§ IV.—Sitio.

Las sifilides tienen sitios de predileccion aun cuando se las puede encontrar en todas las partes del cuerpo. Algunas sifilides especiales ocupan con preferencia ciertos sitios, así es que la sifilides papulosa se ve principalmente en la parte posterior del cuello; la roseola es mas aparente en la parte interna que en la esterna de los miembros; la psoriasis afecta mas bien la planta de los pies y la palma de las manos y la sifilide pustulosa el cuero cabelludo. Las placas mucosas se desenvuelven cerca del orificio de las mucosas. Al indicar con razon, estas diversas manifestaciones que tienen puntos privilegiados, Hardy (*loc. cit.*), no dá explicacion de esta particularidad. Parece que no se puede dejar de reconocer aquí esta ley fisiológica que preside á todas las manifestaciones anatomo-patológicas, á saber, que los productos morbosos son lo que es el tejido sobre el cual se producen, ó por lo menos están profundamente modificados por el medio que los nutre y los enjendra.

§ V.—Curso.

Por lo general el curso de estas erupciones es lento y crónico, siendo mas marcado para las erupciones del periodo avanzado. La roseola sifilítica es algunas veces muy rápida en su evolucion; puede pasar por el organismo sin apercibirse. De este modo se explican los errores de diagnóstico.

§ VI.—Diagnóstico.

Cada uno de los signos que acabamos de indicar tomados aisladamente no bastaria para el diagnóstico, pero nos apresuramos á decir que solo por una pura abstraccion se llega á practicar este análisis, el cual no es útil sino bajo el punto de vista de la descripcion. De hecho no pasan las cosas de este modo en la naturaleza; estos signos no están aislados, sino reunidos y hay en una erupcion sifilítica un conjunto que fija vivamente la atencion del observador. No sucede lo mismo para la observacion de las especies en Historia natural; el primer golpe de vista basta y la observacion sintética supera con mucho al análisis. Si la duda existe ó si la experiencia del médico no es suficiente para que reconozca á primera vista una sifilide, será necesario recurrir al exámen de los antecedentes morbosos, y en este caso será útil poseer el método de interrogacion riguroso que puso en práctica la escuela médica de *observacion*. Por otra parte es imposible admitir que una sifilis grave haya podido implantarse y vivir en el organismo por cierto tiempo, sin dejar indicios de su paso.

6.º SIFILIDES EN PARTICULAR.

Los autores han adoptado clasificaciones variadas para la sifilides, segun que atendian á la forma, apariencia, sitio, lesion anatómica, precocidad ó antigüedad de la erupcion. Bazin (1) reconocia tres clases ó secciones de sifilides: 1.ª *exantemáticas*, 2.ª *circunscritas*, 3.ª *ulcerosas*. Follin (2) las divide en ocho clases segun el método de Willan del modo que sigue: 1.ª *eritematosa*, 2.ª *papulosa*, 3.ª *vesiculosa*, 4.ª *ampollosa*, 5.ª *pustulosa*, 6.ª *maculosa*, 7.ª *escamosa* y 8.ª *tuberculosa*.

Langlebert reconocia las sifilides *secas* y las *húmedas*. La primera division comprende las sifilides *eritematosas*, *papulosas*, *escamosas* y *tuberculosas secas*, y en la segunda se colocan las sifilides *vesiculosas*, *ampollosas*, *pustulosas* y *tuberculosas húmedas*.

(1) Bazin, *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859.(2) Follin, *loc. cit.*

Hardy (1), considerando la edad de la enfermedad mas bien que la naturaleza anatómica ó la forma de las erupciones, ha colocado las sifilides en tres grupos: 1.º las sifilides precoces, 2.º las sifilides intermediarias y 3.º las sifilides tardías.

Las primeras, ó sifilides precoces, se manifiestan de tres semanas á ocho meses despues del chancro; las sifilides intermediarias de seis meses á un año ó dos y las tardías ó terciarias de dos años á diez y tambien treinta despues del accidente primitivo. A ejemplo de Hardy, describiremos cinco formas diferentes de sifilides precoces: 1.ª la sifilide exantemática, 2.ª la sifilide papulosa, 3.ª la sifilide pustulosa superficial, 4.ª la sifilide varioliforme y 5.ª la sifilide vejetante.

7.º SIFILIDE EXANTEMÁTICA Ó ERITEMATOSA, Ó ROSEOLA.

El exantema sifilítico es el mas comun y mas constante de las erupciones de la sifilis. Segun algunos autores este fenómeno jamás falta; mas esta opinion encuentra algunos contradictores. Conviene advertir que este exantema puede pasar desapercibido, porque muchas veces no provoca ninguna reaccion. La *roseola sifilítica*, tal es el nombre con el cual se ha designado esta erupcion desde Bielt. Cazenave ha descrito un eritema sifilítico papuloso, Bassereau admite el eritema papuloso y el maculoso y Bazin reconoce cuatro formas de sifilide exantemática; 1.ª sifilide eritematosa, 2.ª papulo-tuberculosa, 3.ª pustulosa y 4.ª vesiculosa.

La roseola sifilítica es un accidente precoz y se manifiesta habitualmente al mismo tiempo que el infarto de los ganglios inguinales y cervicales. Por lo comun aparece de tres á seis semanas despues del accidente primitivo y el límite extremo de su aparicion es el tercero ó cuarto mes. Segun una estadística de Bassereau (2), se reconoce la influencia del tratamiento mercurial, sobre la época de aparicion del exantema sifilítico: así es que en los enfermos que no habian seguido ningun tratamiento, la roseola se presentó de los treinta á los sesenta dias, y en los que habian sufrido el mercurial, apareció de los sesenta á los noventa.

§ I.—Descripcion.

La erupcion se halla caracterizada por los signos siguientes: manchas rojas irregularmente redondeadas, dispuestas en círculos ó semicírculos, algunas veces sin regularidad alguna; estas manchas son lisas ó un poco granuladas, apenas salientes y desaparecen por la presion. Las dimensiones varian desde el diámetro de una lenteja

(1) Hardy, *Leçons sur la scrofule, la syphilis et les syphilides*. Paris, 1864.(2) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.