

característica y por esto mismo denuncia el mal de la manera mas clara.

23. SIFILIDE TUBERCULOSA.

Esta variedad descrita con el nombre de sifilide *tuberculo-plástica* (Langlebert), pertenece á la variedad seca y es menos comun que las especies precedentes. Afecta principalmente la cara, el dorso, la nuca y los miembros superiores, y está constituida por pequeñas masas duras, redondeadas ú ovals, macizas y sólidas, que interesan al dermis en todo su espesor, diseminadas las mas de las veces, algunas en grupos y dispuestas en círculos. Estos tumores tienen un volúmen variable y no esceden de las dimensiones de un grueso guisante; se cubren de escamas ligeras y blancas que caen dejando una mancha un poco hundida de color oscuro, que puede desaparecer ó dejar una ligera cicatriz. El curso de esta erupcion es lento y se prolonga por muchos meses. La sifilide tuberculosa en grupos pertenece generalmente á un periodo ya avanzado de la sífilis, y es mas grave que la sifilides que hemos examinado; además deja cicatrices indelebiles.

24. SIFILIDES TARDÍAS.

Estas erupciones se presentan mucho tiempo despues del accidente primitivo, apenas empiezan antes de haber pasado dos años de este accidente y pueden manifestarse al cabo de diez ó veinte años, aun cuando haga mucho tiempo que se haya perdido de vista y olvidado el accidente inicial. Estas sifilides son costrosas y forman ulceraciones.

El curso de estas sifilides es lento; algunas veces duran muchos años y en muchas ocasiones se hacen rebeldes al tratamiento.

Las acompañan fenómenos terciarios, como exostosis, necrosis, gomas, etc. Se describen mas comunmente en este periodo las erupciones ampollosas, *penfigo* y *rupia*.

Alibert fué el primero que describió el *penfigo* sifilítico con el nombre de *sífilis pustulante penfigoidea*. Esta forma ha sido estudiada principalmente en la sífilis de los recién nacidos. Para muchos sífilógrafos contemporáneos el *penfigo* no tiene el carácter específico de la sífilis, y solo es una erupcion caquética: esta erupcion se presenta bajo la forma de ampollas, que afectan sobre todo la palma de las manos y la planta de los pies y á veces todo el cuerpo: cuyas ampollas son anchas, redondas y poco estensas, contienen un líquido rojizo sero-sanguinolento, y se rompen, se secan, ó dejan una ulceración poco profunda.

La *rupia* no es, como el *penfigo*, una erupcion peculiar del recién nacido. La *rupia*, forma tardía de las erupciones sifilíticas, tiene la forma de ampollas poco numerosas colocadas en el dorso, los hom-

bros y la frente. En otra época se designaban estas ampollas con el nombre de *pustula ostracosa* á causa de las costras densas y estratificadas que se forman en su superficie. A la ampolla sucede una ulceración profunda. Hardy solo admite dos formas de *sifilides tardías*: 1.º la sifilide *pústulo-crustácea*, 2.º la *ulcerosa*.

Sifilide pústulo-crustácea.—El carácter esencial de esta erupcion es la formación de una costra densa que cubre una ulceración. Esta erupcion puede tener al principio diferentes formas, tales como una pústula de ectima profunda, ó muchas pústulas pequeñas, ó ampollas anchas y llenas de un líquido sero-sanguinolento. Estas ampollas ó pústulas se rompen muy luego y las reemplaza una costra que cubre una úlcera. La costra persiste mucho tiempo, y por el contrario rara vez se observa la invasión de la erupcion; esta sifilide *pústulo-crustácea*, caracterizada por costras verdosas, secas y adherentes, se encuentra sobre todo en la cabeza ó en los miembros inferiores. Hé aquí, segun Hardy, la apariencia que presentan las diversas variedades de esta sifilide: «en la forma ectimatosas la costra es bombada en el centro y sus bordes están engastados en la piel circundante, que es densa, saliente y cobriza: en la impetiginosa las costras son menos salientes, desiguales, granulosas, hendidas y esceden la superficie de la úlcera, y en la *rupia* las costras son negruzcas, prominentes, cónicas, estratificadas, como las escamas de las ostras, y rodeadas de una aureola cobriza. Muchas veces alrededor de la costra el epidermis se levanta y se acumula debajo de él una nueva cantidad de serosidad sanguinolenta, que se deseca y aumenta la estension de la costra en su centro.»

El espesor de estas costras es considerable, y la latitud de la ulceración no escede de 5 ó 6 centímetros, cuyos bordes están cortados á pico, siendo el fondo anfractuoso é irregular, algunas veces vegetante y cubierto de una falsa membrana; el líquido que sale de estas úlceras vuelve á formar muy rápidamente costras. Cuando las costras se desecan y caen, se ve formar en el sitio de la úlcera una cicatriz redondeada con pérdida de sustancia y tejido cicatricial hundido, cuyo color primero rojo ó cobrizo, se vuelve blanco despues.

El curso de estas erupciones es lento é irregular, y puede durar muchos años. Por lo general se verifica por actos sucesivos.

El *diagnóstico* necesita aclararse, porque es fácil dudar entre una erupcion sifilítica y las erupciones caquéticas (*ectima caquético*). Se recordará que esta última forma afecta principalmente á los viejos y ocupa casi exclusivamente los miembros inferiores. Las *escrofulides pustulosas* pueden confundirse tambien con las *sifilides pustulosas*. Lo que las distingue, además de la constitucion escrofulosa del enfermo, es la diferencia de la coloración de las costras, las cuales son blancas en las *escrofulides*, el desprendimiento de los bordes y la falta de falsas membranas en las ulceraciones escrofulosas; y por último la diferencia de las cicatrices, que en esta última afeccion en

vez de ser blancas y deprimidas, son por el contrario rojas y salientes.

El pronóstico de la sífilide crustácea ofrece cierta gravedad, en razón del período avanzado de la enfermedad ó del temor de accidentes por parte de los huesos y también á causa del estado caquético del sujeto.

Sífilide ulcerosa.—No hay sífilide ulcerosa que ataque de buenas á primeras, la úlcera sucede siempre á otra lesión, tal como la ampolla, pústula, etc. Pero es la úlcera la que domina, que persiste, que es la lesión esencial y que puede considerarse, la erupción que la ha provocado, como el medio de la úlcera. Según que la úlcera tienda á escavarse ó á estenderse, así se la distingue en *sífilis ulcerosa serpiginosa* ó en *sífilide ulcerosa perforante*.

Sífilide ulcerosa serpiginosa.—La sífilide ulcerosa serpiginosa puede empezar por una sífilide pústulo-crustácea, cuyas pústulas se aproximan, ó por tubérculos rojos y duros del volumen de un guisante ó de una avellana. La fusión de estos productos morbosos forma ulceraciones que cubren una costra de un verde sucio.

La úlcera tiene bordes cortados á pico y duros; los demás fenómenos siguen la marcha indicada mas arriba, para la sífilide pústulo-crustácea. Lo que hay de particular aquí es la formación sucesiva de tubérculos ó pústulas, sucediéndose y formando una línea ulcerosa, abriéndose las ulceraciones al lado de una cicatriz.

La cicatriz es primero violeta y en seguida blanca.

La forma general de la erupción puede referirse á dos tipos principales; es centrifuga ó en cordón, ó lineal.

El sitio de las úlceras sífilíticas serpiginosas es principalmente en las inmediaciones de las articulaciones; el dorso, los hombros y la cara.

El curso es sumamente lento y crónico; las ulceraciones dejan cicatrices estampadas profundas y necesariamente indelebles.

El pronóstico saca su gravedad del estado de caquexia, cuyo indicio es la erupción.

Sífilide ulcerosa perforante.—Esta es la erupción mas temible, la forma mas grave de la sífilis cutánea. Constituye, como lesión local, una enfermedad molesta y cuyas consecuencias bajo el punto de vista social (cuando tiene su asiento en la cara) pueden ser deplorables. El principio de esta sífilide, como el de la variedad precedente, es muchas veces la aparición de tumores rojos, lisos, duros y tuberculiformes, los cuales son indolentes y no tardan en destruirse por supuración. Una ulceración, que al principio es poco profunda, se cubre de una costra negruzca.

La tendencia ulcerosa se estiende y ocupa toda la masa de estos tubérculos, los cuales se hunden profundamente y escuden sus límites de modo que los tejidos fibrosos, cartilagosos y óseos pueden ser heridos de muerte y comprendidos en la ulceración. Esta ulcera-

ción profunda, irregular y anfractuosa dá un pus sanioso y fétido. Las costras se reproducen con gran rapidez y la cicatriz se hace con lentitud. A consecuencia de estas úlceras profundas y destructoras, la cicatriz es necesariamente hundida, irregular y muchas veces deforme.

§ I.—Tratamiento de las sífilides.

Hemos indicado al fin de este artículo el tratamiento de la sífilis en sus diversos períodos y hemos dado las fórmulas que se refieren á los accidentes variados, que produce esta afección de formas múltiples; sin embargo, suministramos aquí algunas indicaciones terapéuticas especiales, á causa de la importancia particular de las sífilides.

Las indicaciones son de dos órdenes, generales y locales. Según la naturaleza de la sífilide y auxiliándose de otros elementos del diagnóstico, se podrá reconocer si la erupción pertenece al período primario, medio ó terciario, y el tratamiento diferirá según los casos. Las sífilides *precozes* que aparecen desde el principio de la sífilis, al mismo tiempo que los accidentes *secundarios*, requieren el tratamiento de la sífilis inicial (preparaciones mercuriales).

En todos los casos están indicados los tónicos reconstituyentes, por ejemplo, el hierro, la quina, el aceite de hígado de bacalao, etc. Las sífilides medias ó intermedias deben tratarse igualmente por los mercuriales.

Cuando nos vemos en presencia de sífilis tardías, es decir, de una manifestación sífilítica del último período (*tardía ó terciaria*), es necesario recurrir al ioduro de potasio, solo ó asociado con el mercurio, ya se asocien los dos medicamentos en una misma preparación farmacéutica, ya se les emplee aislada y sucesivamente. Hardy administra en semejante caso una ó dos píldoras (de Sedillot por la tarde y de uno á cuatro gramos de ioduro de potasio, dos gramos frecuentemente. En el período avanzado es cuando sobre todo conviene ocuparse del estado general, del conjunto de la constitución, de las fuerzas y emplear los medios higiénicos alimenticios ú otros á propósito para reconstituir el enfermo.

El tratamiento local de las sífilides consiste muchas veces en una cura simple y en lociones; sin embargo, en algunos casos se emplearán con ventaja pomadas irritantes como unguento digestivo, unguento de Canet, etc. ó la preparación siguiente recomendada por Hardy.

R. Minio..... } aa 2 gram. | Grasa ó cerato..... 30 gram.

Los baños simples ó medicamentosos juegan un gran papel en el tratamiento de la sífilis cutánea, empleando alternativamente y se-

gun los casos los baños simples, alcalinos, sulfurosos, de sublimado y las fumigaciones de cinabrio.

La medicacion termal puede prestar grandes servicios en el tratamiento de la sífilis, sobre todo cuando hay erupciones. Por lo comun se debe dar la preferencia á las aguas minerales sulfurosas y entre estas ocupa el primer lugar Bareges, siguiéndoles Bagnères-de-Luchon, Uriage, Aix, etc. Bajo la influencia del tratamiento termal se produce muchas veces una escitacion vigorosa en la piel, al mismo tiempo que las funciones viscerales se desempeñan con mas energia y se mejora la constitucion en general.

25. PLACAS MUCOSAS.—(*Accidentes secundarios de las mucosas*).

§ I.—Sinonimia.

Se han dado diferentes nombres á estas manifestaciones sifilíticas de las membranas mucosas: se las ha llamado *pústulas planas*, *tubérculos mucosos*, *sifilide papulosa húmeda*, *exantema de las mucosas*, *tubérculo plano* y *pápula* ó *pústula mucosa*.

§ II.—Naturaleza de la enfermedad y formas.

Se han interpretado de diversas maneras estas lesiones sifilíticas y algunos autores han visto en ellas el principio de la sífilis, opinion errónea, puesto que está demostrado que toda sífilis empieza por un chancro. Lo que ha podido animar á los autores que sostuvieron esta opinion, es que por una parte la placa mucosa, accidente secundario, es muy contagiosa y trasmite fácilmente la sífilis, y que por otra el chancro de las mucosas se trasforma *in situ* muchas veces en una placa mucosa, principalmente en las mujeres. De ahí ha nacido una confusion que perjudicó á los progresos de la sífilis experimental, pero que se ha disipado enteramente hoy dia que la inoculacion de los accidentes secundarios es un hecho.

Segun Legendre y Bazin, la placa mucosa no es una lesion de las mucosas solas, sino que podria interesar la piel, afectando ciertas formas descritas con el nombre de *sifilide papulosa* ó *pustulosa*. Muchos autores han considerado las placas mucosas como ulceraciones y otros han querido asimilar las manifestaciones mucosas de la sífilis á las erupciones cutáneas; en efecto, el eritema, la pústula y la pápula pueden encontrarse en las mucosas. No se puede negar que hay alguna analogia entre las manifestaciones cutáneas y las mucosas de la sífilis, sea que bajo una misma influencia diatésica tengan todos los tejidos tendencia á engendrar productos morbosos análogos, sea que la constitucion anatómica de estos tejidos determine lesiones comparables á causa misma de la analogia de su estructura. Bau-

més (1) ha descrito el exantema y las pápulas, la forma escamosa y las formas ulcerosas de las erupciones sifilíticas de las membranas mucosas. Ricord y Bassereau admiten un eritema pasajero de las mucosas que acompaña al exantema sifilítico precoz. Pillon (2) describió los exantemas sifilíticos de la piel y de las membranas mucosas, y Melchor Robert (3) ha consagrado un capítulo especial á estas erupciones de las mucosas.

Eritema.—El eritema ó exantema de la garganta se ha observado las mas veces al principio de la sífilis. Se nos manifiesta bajo el aspecto de una rubicundez uniforme que ocupa el velo del paladar, la úbula y las amígdalas con sensacion de escozor y sequedad, y en el mayor número de casos sin erosion. Algunas veces este exantema se produce por puntos aislados, como la roseola misma, cuyas manchas en seguida pueden hacerse papulosas y ulcerarse. Cullerier admite un eritema tardío con estado glanuloso. Martelliére describió (4) manchas del velo del paladar, que se descaman y parecen á la psoriasis. Gubler observó la *coriza sifilítica* al principio de la sífilis secundaria, cuya coriza producía una secrecion muy abundante, dando lugar á creer que en semejante caso existe un eritema de la mucosa nasal.

Cullerier opina que existe una *enteritis sifilítica*, principalmente en los niños.

Forma papulosa.—La *placa mucosa* consiste en una prominencia blanda, redondeada, que empieza por una rubicundez seguida de elevacion del epitelium. Los bordes de la placa mucosa están elevados algunas veces, se destacan claramente y otras se confunden con los tejidos inmediatos. Su color es variable, ya rosado y confundiendo con el color de las mucosas, ya de un rojo intenso ó violado, ó bien se cubren tambien de una pelícua blanquecina ó de un barniz pultáceo; jamás afectan el color cobrizo y son secas ó húmedas. Su aparicion puede favorecerse por algunas circunstancias locales, tales como la humedad de la region, la presencia de productos de escresiones ácras y el contacto habitual de las superficies.

§ III.—Sitio.

Las partes que con mayor frecuencia se afectan de placas mucosas, son la vulva, el ano, el pliegue génito-crural, las bolsas, el pene, las amígdalas, la faringe, las comisuras bucales, los labios y el ombligo, etc. Son mas frecuentes en las mujeres y en los niños, y Hardy cita tambien el temperamento linfático como una causa pre-

(1) Baumès, *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes*, 1840.

(2) Pillon, *Des exanthèmes syphilitiques*. Paris, 1857.

(3) Melchor Robert, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1861.

(4) Martelliére, *De l'angine syphilitique*, thèse. Paris, 1854.

disponible á las placas mucosas. Hé aquí dos estadísticas que indican el sitio habitual de las placas mucosas.

Deville y Davasse (1) que observaron 186 mujeres han encontrado:

Vulva.....	174
Ano.....	59
Perineo.....	40
Gluteas y parte interna de los muslos.....	38
Amígdalas.....	19
Nariz.....	8
Lengua.....	6
Dedos de los pies.....	5

Bassereau ha recogido las cifras siguientes en 443 hombres sífilíticos:

Ano.....	110
Amígdalas.....	100
Escroto.....	66
Boca y labios.....	55
Glande y prepucio.....	28
Velo del paladar.....	27
Lengua.....	18
Pilares del velo del paladar.....	17
Cara interna de los carrillos y de los labios.....	11
Espacios interdigitales.....	11

También se encuentran placas mucosas en el ángulo interno del ojo, en el conducto auditivo, en los pezones y en el cuello del útero; excepcionalmente se las halla en otros puntos, como bajo la mama, en los pliegues del cuello, en la frente y en el cuero cabelludo.

El número de placas mucosas no es en general muy considerable, y en esto difieren de las erupciones sífilíticas de la piel. Por regla general están dispuestas en pequeño número en la misma region; pero también puede estar aislada, *solitaria*. Por lo común no existen como manifestación única de la sífilis, sino que van acompañadas de otros productos sífilíticos, principalmente de la sífilides.

La transformación *in situ* del chancro en placa mucosa es un hecho que ha sido indicado por Ricord y estudiado después con el mayor cuidado, en razón de la importancia que este hecho ha tomado relativamente á las diversas teorías sobre la inoculación de la sífilis.

(1) Davasse et Deville, *Archives générales de médecine*. Paris, 1845.—Davasse, *La syphilis, ses formes, son unité*. Paris, 1865.

Deville y Davasse (1) han estudiado este fenómeno y de ellos sacamos lo que sigue: «Cuando un chancro debe trasformarse en placa mucosa, lo que sucede ordinariamente de los quince á los cincuenta días de su existencia, parece entrar primero en el período de reparación, así es que su superficie de gris que era, se vuelve mamelonada y roja de la circunferencia al centro, de manera que este está todavía grisáceo y deprimido, mientras que aquella se halla ya de color rosado. Al mismo tiempo la aureola se hace mas manifiesta y de un tinte mas oscuro, se la ve ensanchar, ponerse tumefacta ligeramente y formar con la circunferencia del chancro un disco liso regular de una coloración violácea, sobresaliendo por encima de la piel. Marchando este fenómeno con la cicatrización del chancro, resulta un disco mas saliente y mas ancho, mientras que el centro no cicatrizado permanece deprimido, rojizo y algunas veces grisáceo, teniendo el aspecto verdaderamente chancroso. Algunas veces se ve segun lo ha indicado Ricord, el borde recortado y el cerquillo, que existe en la circunferencia de la placa mucosa, cuya superficie toda está mamelonada y que indica el indicio de una ulceración precedente de la piel.

Por último, la elevación y la cicatrización continúan su marcha desapareciendo poco á poco los últimos indicios del chancro primitivo y resultando la eminencia granulosa, regular cubierta de la película membraniforme y que constituye la placa mucosa en el último término de su desarrollo. Esta transformación es mucho mas frecuente en las mujeres que en el hombre.»

§ IV.—Diagnóstico.

El diagnóstico diferencial se deducirá de los signos que hemos ya indicado y que son propios del chancro indurado, *induración*, *adenopatía* indolente, etc.

§ V.—Curso.

El *curso* de las placas mucosas es lento. Forman anchas superficies vegetantes, que han merecido el nombre de *placas*; y son agrietadas, irregulares, las mas de las veces húmedas y cubiertas de pus y vegetantes; de donde ha nacido la confusión que hizo desconocer los caracteres diferenciales de las vegetaciones francas, las cuales no son sífilíticas, y de las granulaciones blandas sífilíticas. Cuando no son tratadas, las placas mucosas persisten por muchos meses, y después curan por sí mismas. Bajo la influencia del tratamiento desaparecen prontamente. Se deprimen primero, se marchitan, se secan y queda una mancha ó mácula, que se desvanece mas tarde. La placa

(1) Deville et Davasse, *Archives de médecine*, 1845.

mucosa puede ulcerarse y algunos autores describieron á parte las placas mucosas y las ulceraciones de las mucosas; pero es la misma afeccion vista bajo aspectos diferentes, ó en diferentes periodos.

Las *maculas* de las membranas mucosas deben colocarse entre los accidentes del mismo órden, aparezcan de pronto ó consecutivamente á las placas mucosas. Se las encuentra principalmente en los bordes de la lengua y son manchas redondeadas de un blanco lechoso. Algunas veces ocupan la comisura de los labios y la cara interna de los carrillos; encontrándolas con mas frecuencia en los fumadores. Son sumamente tenaces y en ocasiones no desaparecen, cualquiera que sea el tratamiento empleado.

26. ESTRECHEZ SIFILÍTICA DEL RECTO Y DEL ESÓFAGO.

Con motivo de ocuparnos de la sífilis de las membranas mucosas, diremos algunas palabras de un accidente consecutivo á las manifestaciones sifilíticas del esófago y del recto.

Estrechamiento del recto.—Gosselin fué el que mas ha llamado la atención de los médicos sobre las estrecheces sifilíticas del recto (1), accidente que habia sido indicado por Morgagni, Rayer, Lagneau y Baumés; tambien Boerensprung, en 1855, y Leudet (2) han publicado muchos hechos de este género.

El ano es el sitio de vegetaciones y de tumores hipertróficos de las papilas del dermis; la mucosa anal está roja y mamelonada y es el asiento de una flegmasia crónica; encontrándose á veces trayectos fistulosos. La estrechez puede ser tal que no permita entrar el dedo, y se halla situada habitualmente á 4 ó 5 centímetros por encima del ano; constituyéndola una trasformacion fibrosa con atrofia de la mucosa é hipertrofia de la capa musculosa. La supuracion es un fenómeno constante, y existe suma dificultad en verificar la defecacion y dolor excesivo. El tratamiento debe ser á la vez general y local; siendo necesario practicar el desbridamiento y colocar mechas para sostener la dilatacion.

Estrechamiento del esófago.—Follin (3) ha encontrado muchos casos de estrechez del esófago, que podian referirse á la sífilis, hecho que hasta entonces apenas habia sido indicado, ni tampoco sospechado por los sifilógrafos. Follin refiere dos casos de disfagia esofagiana con sífilis, en uno de los cuales existia una psoriasis palmar, y el enfermo ha curado sin tratamiento local; y en el otro las lesiones eran mas profundas, cicatriciales, y la curacion, á pesar del uso de la sosa, ha sido incompleta.

(1) Gosselin, *Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum* (*Archives de méd.*, 1854) et *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, art. ANUS. Paris, 1864, t. II.

(2) Leudet, *Moniteur des sciences*. 1860.

(3) Follin, *Arch. gén. de méd.*, 1853.

27. ADENITIS SIFILÍTICA.

Con este nombre es necesario comprender los infartos crónicos y generalizados de los gánglios linfáticos, fenómeno constante, pero mas ó menos predominante en la sífilis constitucional. Sigmund ha consagrado un capítulo especial á este estado diatésico. Esta cuestion debe estudiarse principalmente á título de elemento de diagnóstico. Segun lo hemos manifestado mas arriba, se ven indurar los gánglios, al mismo tiempo que se manifiestan los accidentes de la sífilis secundarias, precisando Bazin y Cullerier que este infarto es consecutivo á las erupciones: pero la opinion mas generalmente admitida, es que esta adenitis no es consecutiva y que sobreviene de pronto. Los gánglios cervicales posteriores son principalmente los que forman esta pleyada tan preciosa para el diagnóstico de la sífilis. El infarto de los gánglios, ya cervicales, ya axilares ó inguinales, no tiende á la supuracion, pero persiste por un tiempo indefinido, y no se modifica sensiblemente por el tratamiento.

28. ALOPECIA SIFILÍTICA.

La alopecia, ó caída de los cabellos y de los pelos, puede presentarse en diferentes periodos de la evolucion sifilítica. Este fenómeno se manifiesta algunas veces desde el principio de los accidentes secundarios, antes de la roseola misma. Los pelos caen, y la mas ligera traccion basta para arrancarlos. La alopecia puede afectar solo á los cabellos; pero se observa á veces en todas las regiones provistas de pelos, cejas, pestañas, pubis, barba y pelos de los miembros. Hay casos raros de alopecia general. Por mucho tiempo se ha considerado la caída precoz de los cabellos como un indicio de sífilis. Los cabellos pierden su lustre y flexibilidad, quedando sin brillo, secos y quebradizos. Esta caída de los cabellos sobreviene rápidamente y se generaliza las mas de las veces, atacando al mismo tiempo todas las partes del cuero cabelludo, aun las regiones inferiores y laterales que respeta la calvicie sénil. En algunas ocasiones, despues de una alopecia rápida y que invade casi todos los cabellos, estos vuelven á nacer casi tan abundantes como antes; sucediendo entonces lo mismo que á consecuencia de ciertas enfermedades agudas, la fiebre tifoidea por ejemplo. Muchas veces la calvicie queda definitiva.

29. ONIXIS SIFILÍTICA.

Este accidente es escepcional, y consiste en una alteracion de las uñas que se presenta en el periodo secundario de la sífilis y que tiene analogia con las lesiones sifilíticas de la piel. Langlebert describió el *onixis seco* y el *onixis húmedo*. Esta alteracion se encuentra