

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

frecuentemente en la sífilis de los recién nacidos. La uña se pone amarilla y deslustrada y quebradiza, ya en totalidad, ya en una de sus partes; de lo cual resulta una caída total ó parcial de la uña, y la que renace es muchas veces deforme. En algunas ocasiones hay inflamación del surco cutáneo de la uña y supuración abundante, en cuyo caso, la deformidad consecutiva es muy aparente.

30. IRITIS SIFILÍTICA.

La iritis pertenece á los períodos secundario y terciario de la sífilis, pero con mas frecuencia al secundario. Es un accidente que es importante reconocer á tiempo, primero como elemento de diagnóstico, y despues bajo el punto de vista del tratamiento que debe aplicarse inmediatamente. La iritis empieza las mas de las veces por dolores de cabeza (cefalalgia supra-orbitaria), fotofobia y lagrimeo. Los dolores son mas intensos por la noche. Hay algunas veces aberraciones de la vista, fenómenos subjetivos, moscas, fosfenos, etc. El globo del ojo está dolorido y experimenta una sensación de compresión; hay rubicundez de la conjuntiva, desarrollo vascular é inyección; el bulbo periquerático ó esclerotideo se hace muy manifiesto, el iris se modifica en su apariencia y en su color, y la pupila es menos movable, se estrecha y deja de ser redonda: este último signo tiene un gran valor. La coloración se altera de diferente manera, según el color normal del iris; el de color moreno, se pone rojo oscuro y el azul, verde: respecto al estrechamiento y á la forma de la pupila, no es regular. Beer creía que la iritis sífilítica se hallaba caracterizada por la forma oval y vertical de la pupila. Esta deformación resulta del depósito de exudatos plásticos, que se producen en el borde del iris y se retraen mas ó menos. Algunas veces se forman adherencias posteriores á la cápsula del cristalino, circunstancia que hace mas difícil el que el iris vuelva á su estado normal y deja en ocasiones una deformidad incurable.

M. Robert aconseja para determinar el sitio de la lesión del iris, someter la pupila á los diversos agentes que la hacen contraer ó dilatar. El lado que permanezca inmóvil, será el lado enfermo. El mismo autor dá la explicación siguiente de las variaciones que sobrevienen durante el curso de la iritis en la forma de la pupila; por de contado el punto adherente es invariablemente fijo y no sigue el movimiento de las demás partes. Si la porción móvil se dilata, de modo que revase hácia fuera el punto adherente, este punto formará eminencia en el campo pupilar; si la contracción lleva las partes móviles al nivel del punto adherente, la forma de la pupila será regular. Por último, si esta contracción aproxima las partes móviles al centro pupilar, en términos que revase el punto adherente, esta parte, saliente en el primer caso, se encontrará colocada en el vértice de un ángulo entrante.

La duración de la iritis sífilítica es por lo general bastante larga, pero el tratamiento la hace cesar en poco tiempo. El pronóstico no es grave á no ser en casos excepcionales y cuando se presenta alguna complicación, tal como abscesos, el hipopium, etc. Puede suceder que el iris quede deformado y que la visión sea por esto mismo interrumpida.

31. ACCIDENTES TERCIARIOS DE LA SIFILIS.

La sífilis no realiza fatalmente su tipo ideal, ni produce necesariamente todos los accidentes de que es capaz, ni siempre llega el período terciario, porque en la mayoría de casos desaparece mas pronto. A veces parece adormecida y no se manifiesta; y solo un accidente revela su presencia. Los accidentes terciarios dejan mas intervalos y son mas raros que los accidentes secundarios, pero son mas graves por la naturaleza de los productos morbosos y por la de los órganos que ataca. La sífilis secundaria superficial, á flor de la piel, apenas deja algunas impresiones en el dermis. La sífilis terciaria se introduce y se hunde en la profundidad de los tejidos, el esqueleto, las glándulas y las vísceras le pertenecen y pone directamente en peligro la vida. Se ha puesto en duda la necesidad de la sucesión de los accidentes en cierto orden, y según esta opinión no sería necesario que los accidentes secundarios hubiesen aparecido, para que se manifestasen los terciarios; pero la experiencia diaria demuestra que la aparición de los accidentes secundarios, antes de las lesiones profundas que se llaman terciarias, es una regla casi sin excepciones. Puede suceder que los accidentes secundarios sean combatidos con éxito y extinguidos prematuramente por el tratamiento, pero no han dejado de existir por eso en el tiempo oportuno; hay venéreos precoces y graves; pero son hechos excepcionales.

§ I.—Principio.

Pocas veces los accidentes terciarios aparecen antes del sexto mes, frecuentemente tiene lugar su aparición en una época mucho mas lejana del principio de la sífilis. Se citan los datos siguientes: diez, veinte y aun treinta años; no hay orden de sucesión en esta especie de accidente; sin embargo los hay que aparecen mas pronto que los demás, por ejemplo, el testículo sífilítico.

Entre los productos morbosos que pertenecen á la sífilis terciaria, el mas comun y el mas importante es el tumor gomoso, cuyos caracteres principales vamos á describir.

32. TUMORES GOMOSOS.

Los tumores gomosos ó gomas se han conocido desde los primeros

tiempos de la aparición de la sífilis; se les llama también *nodus sifilítico* ó tubérculos terciarios, y parecen afectar principalmente el tejido celular. Tardan bastante en presentarse, y según Ricord, jamás se les verá aparecer antes de pasar un año después del chanero; pueden manifestarse veinte años más tarde.

§ I.—Sitio.

Se desarrollan en todas partes donde hay tejido celular y las más de las veces se producen en el tejido celular sub-cutáneo y sub-mucoso, y en el dorso, los miembros, la boca, en el espesor de los carrillos, de los labios, en el velo del paladar y sobre la lengua.

§ II.—Número.

Pueden ser solitarios ó presentarse, por el contrario, numerosos, sin que por eso su cifra exceda jamás de cincuenta ó sesenta. Aquí, como para los accidentes secundarios avanzados, aparecen por tiempos.

§ III.—Síntomas.

Los gomas deben desaparecer por eliminación y por consiguiente ofrecen dos períodos que considerar: uno de formación y otro de destrucción. Al principio son de pequeño volumen, del tamaño de un guisante, después crecen lentamente, sin provocar ningún dolor ni reacción alguna y alcanzan un volumen que puede ser mayor que un huevo de gallina, pero rara vez exceden del de una nuez. Este volumen varía según la facilidad que el tumor encuentra para su desarrollo. Pediculados primero y adherentes á la piel, los gomas pierden poco á poco su movilidad y se adhieren íntimamente á los tejidos que los rodean y que dislocan; la piel se adelgaza y pone rubicunda, el trabajo de destrucción y de supuración se lleva á cabo y el reblandecimiento se verifica; entonces la piel se perfora y dá paso á un pus icoroso de consistencia gomosa, cargado de detritus orgánicos y mezclado con sangre. La eliminación del goma se efectúa por una abertura única ó por una serie de ojos, y después de la eliminación del goma, el desprendimiento de la piel y la destrucción de los tejidos subyacentes forman ulceraciones anfractuadas. Esta ulceración tiene mediana tendencia á la cicatrización, pero el tratamiento por el yoduro de potasio detiene felizmente el desarrollo de estos tumores y los lleva casi infaliblemente á la curación.

La estructura de los tumores gomosos ha sido objeto de trabajos interesantes: Virchow, Verneuil, Ch. Robin, Van Oordt (1) y The-

(1) Van Oordt, *Des tumeurs gommeuses*, thèse. París, 1859.

venet han dado descripciones de ellos. Robin, citado por Van Oordt, concibe de la manera que sigue la estructura de los tumores gomosos: los gomas en estado duro, es decir, en el período de crecimiento presentan un tejido resistente que se confunde con el tejido celular ambiente. La constitución histológica presenta los caracteres siguientes: se encuentra en ellos una gran abundancia de citoblastiones, los cuales forman las cuatro quintas partes de la masa y se hallan metidos en una sustancia amorfa, finalmente granulosa y semitransparente; no existe tejido celular y solo hay algunas fibras de tejido elástico.

Se encuentran también allí alguno que otro vaso capilar y algunos elementos fibro-plásticos. Los tumores más blandos y los más avanzados en su desarrollo son gelatiniformes y se encuentran en ellos los elementos descritos más arriba; pero la materia amorfa-granulosa, interpuesta entre los citoblastiones, es mucho más abundante y más transparente: en estos tumores se encuentran también granulaciones grasosas abundantes y muy pequeñas. En resumen, estos gomas se parecen por su constitución á un cierto número de productos transitorios no organizados.

§ IV.—Diagnóstico.

El diagnóstico no ofrece dificultades serias para un práctico ejercitado, en este caso se alcanzará mucho con aguardar y se manifestará la tendencia á la eliminación, y si se hace una punción saldrá un líquido gelatiniforme denso y viscoso. El yoduro de potasio será un excelente medio de diagnóstico.

§ V.—Pronóstico.

Saca su gravedad del período avanzado de la sífilis y de la eminencia de otros accidentes terciarios, tales como cáries, necrosis ó exostosis: en los miembros ó en el tronco dos gomas forman heridas que molestan al enfermo y dejan cicatrices profundas. Los inconvenientes de este accidente son mucho más graves, si el goma tiene su asiento en la cara, en el velo del paladar ó en el carrillo y si produce una ancha perforación, que deja en pos de sí una deformidad ó una molestia difícilmente curable; tal será la perforación del paladar. La nariz puede destruirse en parte por un goma, y si está situado en la laringe, puede ocasionar los más graves accidentes y también la muerte.

33. SARCOCELE SIFILÍTICO.

Confundido por mucho tiempo con las enfermedades orgánicas con gran detrimento de los enfermos, el sarcocele sifilítico ha sido

dado á conocer por Astien y bien estudiado por A. Cooper, Bell y Dupuytren. Ricord ha insistido principalmente sobre la *albuginitis* sífilítica; pero Vidal, Curling, Gosselin y Virchow han concluido la obra comenzada por sus antepasados.

§ I.—Sitio y naturaleza de la enfermedad.

El sarcocele sífilítico, según Ricord, se halla constituido por una albuginitis que interesa el testículo mismo. Jamás el epididimo padece primitivamente, así como tampoco el conducto deferente, carácter que diferencia esta enfermedad de la inflamación uretral blenorragica, transmitida á las glándulas seminales. En el testículo se encuentran pequeños núcleos diseminados, pero á veces se forma una masa dura y homogénea que ocupa uno de los lados ó el centro del órgano. En este momento, hay á veces dolores; mas, si se comprime el testículo, el enfermo experimenta la sensación que la presión debe determinar normalmente. Mas tarde, el testículo queda comprendido en una masa que le absorbe y deforma, el licor espermático cesa de segregarse y se borran los deseos venéreos. El testículo se presenta entonces bajo la forma de un tumor duro, liso, prolongado é indolente, que puede adquirir dos ó tres veces el volumen que este órgano presenta en estado normal. Algunas veces se produce un derrame seroso en la túnica vaginal. Con poca frecuencia están enfermos los dos testículos al mismo tiempo, pero pueden estarlo sucesivamente.

Histológicamente el tumor está constituido por un derrame plástico que se hace en la glándula seminal entre los tubos seminíferos, pero después los tubos mismos experimentan la alteración regresiva y están llenos de una materia amarilla grasosa.

§ II.—Curso.

El sarcocele sífilítico es uno de los accidentes terciarios de la sífilis y pocas veces aparece con los accidentes secundarios. Marcha con suma lentitud y es siempre crónico; su duración es indefinida, no obstante el período de aumento va seguido de una regresión y de una disminución en el volumen del tumor, sin que el testículo recobre su volumen normal: no hay tendencia á la supuración y Ricord opina que el sarcocele sífilítico jamás supura. El tratamiento general puede ejercer una feliz y rápida influencia en el curso de esta enfermedad.

§ III.—Pronóstico.

Es grave, y desde que se sabe diagnosticar mejor el sarcocele sífilítico se evita el peligro del error que conducía á los cirujanos en se-

mejante caso á practicar la ablación del órgano; la infecundidad y la impotencia pueden resultar desgraciadamente de esta enfermedad.

34. LESIONES DE LOS MÚSCULOS Y DE LOS TENDONES, SIFILIS MUSCULAR (Virchow).

La sífilis no limita su acción á una serie de órganos ó tejidos, puede comprenderlos todos en su período terciario.

§ I.—Historia.

Estas manifestaciones sífilíticas desconocidas por mucho tiempo han sido estudiadas desde hace poco; Astruc las habia indicado, Lagneau y Petit-Radel habian hablado de las *contracturas sífilíticas* de los músculos, pero P. Boyer fué el primero que dió una descripción exacta de los signos y de las lesiones anatómicas propias de la sífilis de los músculos. Ricord, Notta, Levert (1) Bouisson (2), Melchor Robert y Virchow (3) han fijado definitivamente sus caracteres.

§ II.—Naturaleza y curso.

Los músculos pueden sentir los efectos de la infección sífilítica casi al principio, es decir, al comenzar el segundo período, siendo entonces cuando se presenta el quebrantamiento de fuerzas y los *dolores reumatoides*; pero nada anuncia todavía una alteración positiva de los músculos, porque estos dolores son transitorios y desaparecen rápidamente; por otra parte se localizan en las inmediaciones de las articulaciones y parecen atacar mas bien los tejidos fibrosos y los tendones, que los músculos mismos. En los casos que estudiamos aquí, hay por el contrario persistencia de dolores y de fenómenos subjetivos y hay dificultad de funciones y alteración anatómica persistente.

Se ha señalado la contractura muscular, pero es un accidente raro. Ricord y después Bouisson han descrito esta enfermedad que afectaba principalmente los bíceps y los flexores del antebrazo y podía manifestarse en los músculos motores del ojo: los esfínteres serian también atacados, según Bouisson.

(1) Levert, *Traité d'anatomie pathol.* Paris, 1861, t. I.

(2) Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes: Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I.

(3) Virchow, *La syphilis constitutionnelle.* Paris, 1860.

§ III.—Síntomas.

Los primeros síntomas son difíciles de discernir, porque el curso de la afección es lento. Al principio no hay dolores, pero poco á poco se manifiestan, sobre todo en los movimientos de estension; tambien se han indicado los dolores nocturnos en semejante caso. En el espesor de los músculos se perciben núcleos de induración, y el músculo pierde poco á poco su elasticidad y su facultad contractil y se retrae. Según Virchow la alteración consiste en una degeneración callosa del tejido celular, efecto del depósito del tejido fibro-plástico. Cuando la lesión alcanza su mayor alto grado, la contractura es tal, que los enfermos están fijos en una posición definitiva, no pudiendo estender ni doblar su miembro, verificándose principalmente la retracción en el sentido de la flexión. De esto puede resultar una atrofia del músculo y una retracción fibrosa incurable.

Según Bouisson los tumores permanentes reconocen tres grados: en el primero hay tumefacción, congestión ó infarto de los músculos; esta es una especie de flegmasia incipiente: en el segundo no es solo un simple infarto seroso y un edema, sino que se produce una verdadera flegmasia, amenazando entonces la supuración; en el tercer grado, sino hubo supuración, los tumores sífilíticos de los músculos se induran y pasan por diversos estados, cuyo último término es la apariencia cartilaginosa y tambien la producción de osteoides en los músculos. Virchow pone en duda la terminación por supuración y compara las lesiones musculares á los gomias, cuyo goma no provendría de la fusión del tejido muscular con el derrame plástico, sino que se desenvolvería entre los elementos musculares, de los cuales contiene restos en mayor ó menor cantidad. Según Bouisson estos tumores pueden presentarse en casi todos los músculos trapecio, glúteo mayor, esterno mastoideo, etc.; siendo su sitio de predilección los músculos de los labios y la lengua.

§ IV.—Pronóstico.

El pronóstico no es grave en el sentido de que no está comprometida la vida; pero la función del músculo puede alterarse y abolirse definitivamente, sino se administra pronto un tratamiento conveniente.

35. LESIONES SIFILÍTICAS DEL PERIOSTIO Y DE LOS HUESOS.

Estas lesiones son frecuentes y muchas veces muy graves y pertenecen á la sífilis terciaria, hecho que no dá lugar á discusión, puesto que apenas se citan algunas raras escepciones á esta regla. Los productos morbosos y las lesiones tienen una marcha diferente de

la de las enfermedades análogas, pero que proceden de otra causa ya local, ya constitucional. La especificidad se revela aquí sobre todo por las modificaciones que el tratamiento imprime á la enfermedad; sin embargo, examinadas en sí mismas estas lesiones, no presentan carácter anatómico de tal manera particular que se las deba describir con grandes detalles; por lo mismo remitimos al lector á los tratados de patología esterna, para la descripción de las enfermedades del periostio y de los huesos. La sífilis ósea comprende muchas variedades: primero los trastornos funcionales y las sensaciones dolorosas, *dolores osteocopos*, despues la *periostosis* y la *periostitis*, la *osteitis*, los *exóstosis*, la *cáries* y la *necrosis*.

36. DOLORES OSTEOCOPOS.

¿Existen dolores especiales de la sífilis? así se ha creído por mucho tiempo. Los dolores de los huesos, nocturnos, son en todos los casos uno de los síntomas mas característicos de la sífilis terciaria. ¿Estos dolores son idiopáticos, sin lesiones y sin trastorno material? Esto es imposible creerlo, sino que denuncien lesiones que escapen todavía á nuestros sentidos.

Estos dolores osteocopos preceden pues y anuncian las lesiones aparentes de los huesos y del periostio, pero no deben confundirse con los reumáticos ó neurálgicos.

§ I.—Sitio.

Los dolores osteocopos se manifiestan sobre todo en los huesos superficiales, tales como el cráneo, la clavícula, las tibias, el cúbito y la parte interna del radio, la cabeza y la extremidad inferior del peroné; y por lo general las extremidades de los huesos largos, el esterno, el maxilar inferior, los huesos de la nariz, las costillas y con menos frecuencia el metacarpo y el metatarso. Se ha observado que se localizan en la parte mas densa y mas compacta de los huesos.

§ II.—Síntomas.

El principio consiste en una sensación vaga de incomodidad, ó en una especie de entorpecimiento sin límite exacto. La localización se hace poco á poco y aparecen en un punto fijo verdaderos dolores, los cuales son muy agudos, dislacerantes, *perforantes*, haciéndose insoportables bajo la influencia de la menor presión.

El carácter de exacerbación nocturna es importante observarlo, porque es constante en esta afección, y se han dado diversas explicaciones para conducir este hecho á una interpretación racional. Ricord emitió la opinión de que el calor de la cama causaba esta recrudescencia de los dolores; en efecto, se observa, que los enfermos que se