

también medios diagnósticos auxiliares. El examen microscópico de los esputos, hace desaparecer todas las dudas; la falta de bacilos, la presencia de células epiteliales ó de leucocitos que contienen granulaciones minerales ó vegetales, confirma el diagnóstico. Es verdad que la tuberculosis coexiste con la pneumokoniosis; la coexistencia en los esputos de bacilos y de leucocitos que contienen granos pulverulentos, permite, en este caso, afirmar que se trata de una pneumokoniosis complicada con tuberculosis.

En ciertas fases de la pneumokoniosis, en particular en los primeros períodos de la antracosis patológica, cuando el enfermo apenas tose, las perturbaciones digestivas y el estado caquéctico, hacen sospechar á veces un cáncer del estómago. La observación de Letulle, demuestra que el diagnóstico es difícilísimo, en estos casos. Pero la evolución ulterior del padecimiento hace, en general, imposible la duda.

TRATAMIENTO. — *A. Profilaxis.* — No penetraremos en el dominio de la higiene, para indicar todo lo que se ha hecho con objeto de evitar el desarrollo de las pneumokoniosis. Nos limitaremos á indicar, las precauciones generales que deben adoptarse.

Ventilar los locales donde trabajan los obreros, buscar todos los medios, en la industria, capaces de impedir la propagación de los polvos, adoptar el empleo de *caretas* que protejan las vías respiratorias: tales son los desiderata principales que deben llenarse.

La cuestión de la antracosis, está unida con la de los aparatos *fumívoros*, la mayor parte de ellos son ineficaces (véase *Tratado de higiene*, de Proust, segunda edición, pág. 200).

B. En cuanto se observan los signos de una pneumokoniosis, debe aconsejarse al obrero que varíe de profesión; este cambio sencillo, basta muchas veces para contener el proceso morboso. Cuando se ha desarrollado la esclerosis es necesario emplear el tratamiento de las pulmonías crónicas.

CAPÍTULO VIII

SÍFILIS DE LA TRÁQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DE LOS PULMONES

Describiremos sucesivamente: 1.º, la sífilis de la tráquea y de los gruesos bronquios; 2.º, la sífilis del parénquima pulmonar y de los pequeños bronquios, que se describe de ordinario con el nombre de sífilis del pulmón.

I

Sífilis de la tráquea y de los gruesos bronquios (1).

Las fáuces y la laringe, son las partes del árbol respiratorio atacadas por la sífilis con más frecuencia; las lesiones sífilíticas de la tráquea y de los bronquios, son mucho más raras; cuando estas últimas se desarrollan, son generalmente consecutivas á lesiones faringo-laríngeas, y se puede establecer como ley, que la sífilis de las vías respiratorias sigue, de ordinario, una marcha descendente.

Con todo, hay casos en que la tráquea y los bronquios son atacados primitivamente por la sífilis, y esta particularidad basta para dar un interés real á la descripción de la sífilis tráqueo-bronquial. Este interés aumenta aún más, si se tiene en cuenta que las lesiones sífilíticas de la tráquea y de los bronquios, son incomparablemente más graves que las de las fauces y laringe; si no se las diagnostica oportunamente, y si no se instituye muy pronto el tratamiento, la sífilis estrecha los conductos aéreos; las estenosis que de esto resultan, son incurables y ocasionan rápidamente la muerte.

En 1842, Worthington publicó la primera observación de sífilis traqueal. Después, aparecieron gran número de trabajos que han dejado bien establecida la existencia y caracteres de la sífilis de la tráquea y de los bronquios. Citaremos los de Charnal (1859), Boeckel (1863), A. Rey (1874). En 1878, Vier-

(1) Worthington, Syphilitic Tracheitis; *Medico-chir. Transactions*, t. xv, Londres, 1842.—Charnal, Rétr. cicatr. de la trachée; *Th. de Paris*, 1859.—Boeckel, Rétr. syph. de la trachée, Strasbourg, 1862.—A. Rey, Étude sur la syphilis trachéale; *Th. de Montpellier*, 1874.—Vierling, *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, pág. 326, 1878.—Lancereaux, La syphilis des voies respiratoires; *Sem. méd.*, núm. 1, 1891.—Mauriac, La syphilis tertiaire, Paris, 1890.—Jullien, *Traité prat. des mal. vén.* 2.º édit., Paris, 1886.—Raymond, Syphilis de la trachée; *Soc. méd. des hôp.*, 1890.—Schrotter, in Zeissi, *Traité clin. et théor. des maladies vénériennes*, trad. par Raugé, Paris, 1888.—Eichhorst, *Path. int.*, trad. française, Paris t. iv, pág. 631.—Wright, Tracheal syphilis with a report of two cases, *New York med. Journal*, 13 Juin 1891.—Gouguenheim, Rétrécissement de la trachée et de la bronche droite d'origine syphilitique, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, février 1886.—A. Lecureil, Etude clinique de l'adénopathie péri-trachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée, Thèse de Paris, 1890.—Favraud, Rétrécissement syphilitique des bronches; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 Mayo 1891.

ling publicó una monografía completa sobre este punto; luego vienen las descripciones de conjunto de Jullien (1886), Mauriac (1890) y Lancereaux (1891).

El *chancre inicial*, nunca se ha observado en la tráquea, ni en los bronquios.

SÍFILIS SECUNDARIA.—Durante mucho tiempo, se ha negado la existencia de manifestaciones secundarias en la tráquea y los bronquios; pero hoy en día está admitida, y aun si se ha de creer á ciertos autores, no es tan rara, como se ha dicho, la sífilis secundaria de la tráquea y de los gruesos bronquios.

Según Lancereaux, está caracterizada por hiperemias diseminadas de la mucosa, en forma de manchas rojas violáceas, acompañadas de un exudado algo saliente, llamado á desaparecer al cabo de cierto tiempo, sin dejar vestigios. John Schnitzler dice haber observado, en varios casos, un estado catarral de la tráquea y de los bronquios, contemporáneo de las sífilides laríngeas. Seidel y Mackenzie han diagnosticado, con el laringoscopio, placas mucosas de la tráquea.

Sea de ello lo que quiera, se ven sujetos sífilíticos en el período secundario que se quejan de cosquilleo traqueal, tos y expectoración, síntomas que desaparecen rápidamente bajo la influencia del tratamiento antisifilítico.

SÍFILIS TERCIARIA.— En realidad, las lesiones sífilíticas interesantes de la tráquea y de los bronquios, son las que sobrevienen en el período terciario.

Estas lesiones terciarias son bastante precoces: aparecen cuatro á seis años después del chancre; á veces mucho más pronto: nueve meses (Prengreuber) ó doce meses (Moissenet) después del chancre.

Una irritación anterior de la tráquea y de los bronquios, sería una causa predisponente, una causa que atraería la localización del proceso hacia estas partes.

Sitio.— La sífilis terciaria afecta con una predilección especial, los dos extremos del tubo traqueal, es decir, la región infra-cricóidea y el extremo inferior en la bifurcación de la tráquea; este último sitio es, como núcleo, el más preferido, y fácilmente se adivinan las graves consecuencias de esta lesión.

En los bronquios, es más rara la sífilis; las lesiones residen ordinariamente en su origen cerca de la bifurcación, de suerte que el conjunto de la zona de bifurcación traqueo-bronquial constituye la región atacada con más frecuencia. En un caso observado recientemente por Favraud, en una mujer de setenta y tres años, existía una estrechez anular que interesaba los bronquios izquierdo y derecho en su punto de origen; los dos gruesos bronquios estaban transformados, á partir de su bifurcación y en una longitud de 5 á 6 milímetros, en un cilindro de luz estrecha y paredes fibrosas. En otras ocasiones, y Virchow ha citado ejemplos de este género, las lesiones bronquiales asientan más lejos, á 2 ó 3 centímetros de la bifurcación.

Caracteres de las lesiones.— El sífiloma terciario, es circunscrito ó difuso. Sea cualquiera su forma, las fases que atraviesa son las mismas. En la fase de *infiltración*, se observa ó una tumefacción circunscrita, cuyo volumen es comparable al de una lenteja, un guisante ó una avellana (son verdaderos gomas en el período de crudeza), ó una tumefacción difusa en forma de anchos rugeros irregulares, constituida por una aglomeración de pequeños gomas, in-

durados, en derredor de los cuales se inyecta y edematiza la mucosa. Por lo demás, el proceso no queda limitado á la mucosa y submucosa; puede extenderse aún más, interesar las membranas fibrosas, las capas musculares y los cartílagos, que vienen á hacerse asiento de una esclerosis especial (Lancereaux y Dubar).

Estas infiltraciones sífilomatosas, nodulares y difusas, están destinadas á la *ulceración*, fase segunda del proceso. Las úlceras son superficiales, si lo es el mismo proceso, y se presentan entonces como pérdidas de substancia, de bordes irregulares é indurados y con un fondo gris amarillento; dejan en pos de sí cicatrices poco profundas, en forma de depresiones redondeadas ó estrelladas, estigmas indelebles, pero que no producen la estrechez del conducto aéreo.

Pero cuando el proceso ataca las capas *profundas*, las úlceras también lo son, y se observan pérdidas de substancia con bordes cortados á pico, duros, prominentes, despegados, cuyo fondo está constituido por tejido gomoso de color grisáceo ó amarillo anaranjado. A veces, el fondo está constituido por los cartílagos enfermos ó por un ganglio esclero-gomoso. La forma de las úlceras es á menudo circular, anular. Alrededor de ellas, la mucosa es desigual, edematosa, inyectada, de color rojo-oscuro ó amarillo-pálido. Schrötter ha visto á esta mucosa vegetar, produciendo verdaderos papilomas en forma de cresta de gallo. Después, las úlceras se limpian, producen mamelones carnosos y se forma un tejido de cicatriz; y este proceso de *cicatrización y reparación*, va acompañado generalmente de *estrechez* del conducto traqueo-bronquial (tercera fase). Se ven bridas fibrosas dirigidas en todos sentidos, oblicuas, longitudinales, anulares ó en forma de collar, masas esclerósicas de aspecto quelóideo, que recuerdan las columnas carnosas del corazón. A veces, las bridas cicatriciales atraviesan la cavidad de una pared á otra y forman un enrejado que, para obliterarle, basta una cantidad muy pequeña de secreción (Schrötter). La estrechez que resulta de estas lesiones llega á ser tal, algunas veces, que apenas deja pasar una pluma de ave. Es raro que la coartación sea tan regular, que forme un diafragma perforado en el centro; casi siempre es lateral, irregular, desigual, y ocupa una altura de 5 á 7 centímetros. Cuando la lesión reside en los bronquios, la estrechez puede llegar hasta la obliteración completa: como en todas las estenosis traqueo-bronquiales, se encuentra una dilatación del conducto por encima y por debajo del punto estrechado; la dilatación superior, es debida á las fuerzas inspiradoras, y la inferior, á las espiradoras.

Ya hemos dicho que los cartílagos están atacados casi siempre, en este proceso secundariamente. Pero según Lancereaux, existen también una *condritis* y una *pericondritis terciarias primitivas*, sin lesión previa de la mucosa y de la submucosa; en este caso, las paredes traqueales se induran, se aplanan y llegan á constituir un tubo rígido y estrechado en una extensión que puede ser de varios centímetros.

Los ganglios traqueo-bronquiales, se hallan casi siempre enfermos; tan pronto están pálidos, hinchados, tumefactos é indurados, es decir, que son ganglios verdaderamente sífilíticos; como están rojos, inyectados, hinchados, blandos y friables, ó sea ganglios simplemente inflamados por infecciones secundarias.

En los pulmones se encuentran diversas clases de alteraciones. Se pueden observar, primeramente, lesiones esclero-gomosas, como las que hemos de describir más adelante; á veces, es evidente que el proceso terciario se ha propagado de los bronquios al parénquima del pulmón peri-bronquial. Si está obliterado un bronquio, se puede observar un colapso atelectásico en el territorio correspondiente á dicho bronquio. Finalmente, se pueden encontrar en el pulmón, ora alteraciones accidentales, como bronco-pneumonía supurada y gangrenosa, ora lesiones asfíxicas, como congestión, edema, equimosis subpleurales, cuando el enfermo ha sucumbido con crisis de sofocación. La sífilis traqueo-bronquial, se asocia preferentemente y por orden de frecuencia: con la sífilis faringo-laríngea, con la sífilis pulmonar y con las lesiones específicas del testículo, del hígado y del bazo.

SÍNTOMAS. — En la sífilis traqueo-bronquial *primitiva*, que tomaremos por tipo de nuestra descripción clínica, el comienzo del mal es insidioso. El enfermo tose, se queja de una ligera dificultad de la respiración y presenta el cuadro de una bronquitis sub-aguda ó crónica con períodos de exacerbación.

Sin embargo, llaman la atención del médico, algunos fenómenos insólitos; en primer lugar, una sensación de cuerpo extraño, de constricción, de estrangulación y de dolor profundo, que *asientan detrás de la parte superior del esternón*; después, el carácter de la respiración se vuelve ruidosa y va acompañada de un silbido en la inspiración; finalmente, una disnea continua, pero que es muy agravada por el esfuerzo, y que está sujeta á paroxismos en forma de accesos que repiten, sobre todo por la noche.

Mientras se establecen todos estos trastornos, la tos es seca ó va acompañada de una expectoración insignificante; pero llega un momento en que la tos se hace húmeda y va acompañada de expectoración más abundante, mucopurulenta ó moco-sanguinolenta; entonces, ¡cosa notable! se alivian los trastornos funcionales, lo cual depende de que la ulceración hace desaparecer, por cierto tiempo, los efectos de la estrechez traqueo-bronquial.

Este alivio dura muy poco, y la disnea recobra bien pronto proporciones alarmantes; la inspiración es difícil, ruidosa y sibilante; en fin, se establece el *huérfago ó cornaje traqueal*, se multiplican los accesos de sofocación y ocupan el primer lugar en el cuadro clínico, y el enfermo sucumbe tan pronto repentinamente en un acceso de sofocación, como lentamente por los progresos de la asfixia. Conviene hacer notar que, durante toda esta evolución, la voz se mantiene normal ó poco menos.

Los *signos físicos* nos ilustran mucho menos que los trastornos funcionales. En caso de sífilis traqueal, el *laringoscopio* permite ver la lesión, si ésta asienta en la región infra-cricóidea; si reside más abajo, es casi imposible descubrirla con el espejito; sin embargo, Semon y Moure han conseguido ver una lesión situada muy profundamente.

Si se palpa la tráquea, se puede encontrarla dura y poco móvil. Demarquay ha llamado la atención hacia dos signos, cuya importancia se reconoce generalmente: el *descenso de la laringe y su inmovilidad durante la deglución y la fonación*.

La auscultación no permite percibir, por lo regular, otros ruidos que los producidos por la propagación y diseminación del cornaje por todo el árbol

aéreo. A veces se perciben estertores sibilantes y roncós, y en el caso de Moissenet, la traqueo-sifilosis se presentó como una bronquitis violenta. Se puede oír también un ruido de bandera, debido á colgajos de mucosa ó á fragmentos de cartílago retenidos por un pedículo, que flotan en la tráquea. Cuando la traqueítis va acompañada de lesiones del mediastino, se puede percibir, como en todas las mediastinitis, el pulso llamado paradógico, ó sea aquel que se debilita y desaparece en las fuertes inspiraciones.

En la sífilis limitada á los bronquios, como el notable ejemplo referido por Worms, los signos son los de un catarro simple, acompañado de una sensación de estorbo y de constricción por debajo del manubrio esternal y de un silbido inspiratorio, cuyo máximo es torácico y unilateral. El lado enfermo, apenas respira, la tos y la expectoración son las de la bronquitis. Si la muerte repentina, frecuente en tales casos, no interrumpe la marcha de la enfermedad, se establece la fiebre hética y el padecimiento simula una tuberculosis.

COMPLICACIONES. — La muerte sobreviene, por lo regular, ó en un violento acceso de sofocación, ó por la asfixia lenta que engendran los progresos de la estenosis. Pero pueden acarrear la terminación fatal, otras complicaciones. Se observan bastante frecuentemente en la sífilis traqueo-bronquial, la congestión y el edema agudos del pulmón, la bronco-pneumonía supurada y la gangrena pulmonar. Es más raro que ocasione la muerte, una *perforación* de las vías respiratorias. Wilkis y Kelly han visto casos, en los que la ulceración perforó la aorta y la arteria pulmonar, y causado la muerte por hemorragia. La perforación puede también hacerse hacia el mediastino, donde se producen entonces abscesos ó gangrena. Estas perforaciones se observan, sobre todo, en ciertos casos en que la ulceración traqueo-bronquial marcha de tal manera, que se ha pronunciado el nombre de *fagedenismo sífilítico traqueo-bronquial*; se producen brotes gomosos, incesantemente renovados y destruidos, que, como todas las lesiones fagedénicas, se extienden en superficie (fagedenismo serpiginoso) ó en profundidad (fagedenismo terebrauté).

PRONÓSTICO. — El pronóstico depende de diversos factores. Si se tiene la fortuna de reconocer la naturaleza del mal desde el primer momento, y antes del período ulceroso y de que la infiltración sea profunda, un tratamiento mercurial y iodurado enérgico, puede hacer que se resuelva casi completamente el sífiloma, sin que quede estenosis. Pero después de la ulceración, sobre todo si el proceso es profundo, se produce la estenosis y queda como mal irremediable. Todo depende entonces del grado, y sobre todo del asiento, de la lesión. Si la estrechez es infra-cricóidea, la traqueotomía puede salvar al enfermo; si reside, como es lo más frecuente por desgracia, en la bifurcación, la muerte es casi inevitable.

Según esto, es muy grave el pronóstico. Recordemos que el médico no debe dejarse engañar por el alivio que resulta, cuando la ulceración restablece por algún tiempo el calibre de la tráquea; la asfixia no se contiene, sino para atacar después con más intensidad.

La eventualidad de las complicaciones mortales, que hemos enumerado anteriormente, agrava aún más el pronóstico.

DIAGNÓSTICO. — Cuando se observa el cuadro sintomático que acabamos de

trazar, como es lo más frecuente, en un sujeto cuya faringe y laringe ya han sido destruídas por la sífilis, pocas dudas presentará el diagnóstico. Pero si están indemnes la laringe y las fáuces, el diagnóstico es entonces muy difícil. Es necesario, evidentemente, inquirir los antecedentes del enfermo; pero aunque esta indagación no dé más que resultados negativos, no hay que apresurarse á descartar la sífilis. ¡Hay tantos sujetos, sobre todo en la clase pobre, que han tenido la sífilis, sin darse cuenta de ello!

El dolor constrictivo retro-esternal, el cornaje, la conservación de la voz, la integridad de la laringe y el descenso de ésta, permitirán afirmar que existe una estrechez traqueal. Antes de buscar su origen, habrá que descartar: 1.º, el aneurisma de la aorta y de las arterias gruesas que puede ocasionar el cornaje por compresión de la tráquea ó parálisis de los recurrentes, pero cuya existencia se revela por síntomas propios; 2.º, los tumores del mediastino y de la base del cuello, que puede provocar cornaje por el mismo mecanismo, pero que se distinguen por el edema de la cara y del cuello, la disfagia, las laringo-plegias y la tos coqueluchóidea; 3.º, la parálisis de los crico aritenóideos posteriores, que da origen al cornaje, pero que se distingue por el examen laringoscópico.

Cuando se ha adquirido la certeza de que hay una estrechez de la tráquea, debida á una lesión intrínseca, solamente se puede pensar en la sífilis, en el cáncer, en la tuberculosis ó en el muermo. Pero el cáncer primitivo de la tráquea, es rarísimo; sólo en último extremo, se debe pensar en él. La tuberculosis no será desconocida, si se buscan los bacilos en los esputos. Cuanto al muermo, excepcional en el hombre, se reconocerá por los conmemorativos y las lesiones de las fosas nasales y de la parte posterior de las fauces.

Hereditario-sífilis traqueo-bronquial. — Las lesiones traqueo-bronquiales se pueden observar en la sífilis hereditaria; en nada difieren de las que se encuentran en la sífilis adquirida; así lo atestiguan los casos de Raffinesque, Stürger, y Woronichin.

TRATAMIENTO.— La administración del mercurio y del ioduro potásico, está formalmente indicada en todos los casos, aun en las estenosis cicatriciales más confirmadas, porque jamás se puede saber si el proceso gomoso ha terminado por completo, ó si no se producirán, por encima y por debajo de la antigua lesión, neoplasmas jóvenes y susceptibles todavía de ser curados por los específicos. Las fumigaciones emolientes ó mercuriales, las pulverizaciones de licor de Van Swieten, no deben inspirarnos gran confianza.

La traqueotomía está indicada siempre que, estando amenazado de asfixia el enfermo, existan motivos para creer que la estrechez está localizada á los primeros anillos de la tráquea. Cuando dicha estrechez reside más abajo, casi se puede perder toda esperanza. Sin embargo, se ha intentado aplicar el dilataador de cuatro valvas de Demarquay, con ó sin traqueotomía previa, ó hacer el entubamiento y la dilatación progresiva de la tráquea, por medio de una sonda gruesa de metal ó de cautchuc endurecido. Estas prácticas pueden prolongar los días del enfermo.

II

Sífilis del pulmón y de la pleura.

La sífilis del pulmón, sospechada por Ambrosio Paré, ha sido descrita por Astruc, en el siglo XVIII, con el nombre de *tisis sífilítica*. Su existencia fue después comprobada por los anatómicos de principios del siglo actual; pero los trabajos de Lagneau, Landrieux, Lancereaux, A. Fournier, y Gamberini, la han demostrado de un modo positivo. Después, las investigaciones de Cornil, Malassez, Brissaud, y Colomiatti, han aportado nuevos documentos acerca de la estructura microscópica del sífiloma pulmonar.

Más recientemente, vieron la luz pública descripciones de conjunto, en Alemania por Pancritius, y en Francia por Julien, Mauriac y Dieulafoy (1).

Por otra parte, Depaul, en 1851, señaló lesiones específicas del pulmón en el recién nacido sífilítico; y los trabajos ulteriores de Carlos Robin, y Lorain, de Lebert, de Virchow, de Parrot, de H. Roger, de Balzer y Grandhomme, han sido consagrados al estudio de la heredo-sífilis pulmonar (2).

Resulta de estas investigaciones, que las lesiones sífilíticas del pulmón, en el recién nacido ó en el adulto, pertenecen á la variedad de las lesiones terciarias.

En la fase secundaria, el pulmón queda indemne. ¿Es más vulnerable la pleura? El único estado morbozo que se ha señalado, por parte del aparato pleuro-pulmonar en la sífilis secundaria, es la *pleuresia del estadio roseólico de la sífilis*, estudiada por Chantemesse y Widal (3), Talamon (4) y Prétorius (5). Pero Lancereaux se niega, en absoluto, á admitir la existencia de esta afección.

Estudiaremos, primero, la sífilis del pulmón en el recién nacido: ésta apenas

(1) Lagneau, *Maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis*; *Ann. des mal. de la peau*, 1851, pág. 100. — Landrieux, *Pneumopathies*; Thèse de Paris, 1872. — Lancereaux, *Affections syphilitiques des voies respiratoires*; *Arc. de méd.*, 1879, y *Leçons de clinique médicale*, 1891. — Malassez, Maunoir, Maunoury, *Société anatomique y Progrès méd.*, 1875 y 1876. — Colomiatti, *Giornale itall. delle mal. ven.*, 1878. — A. Fournier, *De la phthisie syphilitique*, *Gazette hebdom.*, 1873 y 1875, y *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1878-1879. — Pancritius, *Syphilis du poumon*. Monographie, Berlin, 1881. — G. Sée y Talamon, *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, Paris, 1885. — Julien, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2.ª edición, Paris, 1886, pág. 964 y 1131. — Mauriac, *La syphilis tertiaire*, Paris, 1890. — Dieulafoy, *Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre*, recueillies par F. Widal. *Gaz. hebdom.*, 1889. — Carlier, Thèse de Paris, 1882. — Jacquin, Thèse de Paris, 1884. — Roubleff, Thèse de Paris, 1891. — Haslund, *Syphilis du poumon*; *Med. Record*, analysé dans la *Gaz. des hôpit.*, 1891, núm. 159, pág. 1377. — Rubino, Contributo a la casuística della sífilide pulmonale; *Rivista clinica e terapeutica*, Abril 1892.

(2) Depaul, *Altérations spécifiques du poumon dans la syphilis congénitale*; *Ann. des mal. de la peau*, 1850, y *Gaz. méd. de Paris*, 1. 51, pág. 288 y 172. — Robin y Lorain, *Gaz. méd. de Paris*, 1855, página 1186. — Parrot, *Progrès méd.*, 24 Agosto 1877. — Balzer y Grandhomme, *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, t. II, pág. 11 y 65, Paris, 1883. — E. Gauchier y Dubousquet, *Syphilis héréditaire tardive avec phthisie syphilitique*; *Revue de médecine*, 1884. — Lirguiti, *Intorno un caso di sífilide ereditaria tardiva del polmone*, *Giornale itall. delle mal. ven.*, xxxvi, 1.

(3) Chantemesse y Widal, *Soc. méd. des hôp.*, 18 Abril 1890.

(4) Talamon, *Méd. moderne*, 1891, núm. 38, pág. 668.

(5) Prétorius, *Pleurésie syphilitique primitive*; *Annales et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, Septiembre 1891.