

tantes de la mayor parte de los tipos de lesiones elementales: eritema, pápula, escama, vesícula, pústula, mancha.

La *roseola* sífilítica, llamada á veces sífilide eritematosa, merece el primer lugar por su frecuencia, precocidad en aparecer, sencillez y asiento superficial de sus lesiones anatómicas.

Inaugura la serie de las dermatosis de la enfermedad, se manifiesta hacia el día cuarenta y cinco después del chancro, siendo el término de ese período de infección latente y de incertidumbre de diagnóstico conocido con el nombre de segunda incubación. El enfermo suele notar la roseola al lavarse, si el médico no la ha visto, examinando detenidamente.

Empieza por los costados y por las partes laterales del tórax, por lo cual deben buscarse allí los primeros indicios, mirando en dirección opuesta á la luz; se extiende por el resto del tronco, pasa á la parte interna de los miembros, sobre todo al lado de la extensión, y pocas veces ocupa los extremos de éstos y la cara.

Consiste en manchas de dimensión que varía entre la de una lenteja grande y la de una moneda de 20 á 50 céntimos; pero en un enfermo determinado, todas presentan el mismo tamaño; son de forma redondeada ú oval, rara vez irregulares ó festoneadas, y no confluentes por punto general. Su color de rosa es delicado al principio, flor de albérchigo (Fournier), después se hace más intenso, pasa á oscuro y más tarde á vinoso: al desaparecer, van borrándose y tienen color de rosa amarillento; se borran por la presión durante sus primeras fases, pero más tarde no desaparecen.

Ordinariamente la roseola es maculosa, plana, sin la menor eminencia, distinguiéndose de la piel sana tan sólo por el color. En ciertos casos, sus elementos están prominentes, constituyendo la *roseola papulosa* de la mayor parte de los autores, la *roseola urticada* del profesor Fournier, en la cual las eminencias tienen un color de rosa menos vivo que los de la urticaria y no presentan la decoloración central ni el prurito de la última.

Se desenvuelve con lentitud, por brotes sucesivos, lo que es contrario á lo que ocurre con los exantemas febriles; tarda muchos días, una semana ó un mes, en adquirir su intensidad máxima; persiste durante muchas semanas; se borra con lentitud y lo hace con mayor rapidez bajo la influencia del tratamiento; ofrece, en su período de descenso, un aspecto puntiagudo ó granuloso, debido á que se desarrollan muchas pequeñas eminencias miliares en la base de los pelos.

Puede presentar recaídas (mejor, recidivas) que siguen con mayor ó menor proximidad el primer brote. Muchas veces, y después de mucho tiempo, aparece, en los individuos mercurializados, una erupción de manchas, poco numerosas, diseminadas, anchas y pálidas, á la cual llama Fournier roseola de retorno.

La roseola viene á confirmar el diagnóstico del chancro, observado antes y más ó menos conocido. Cuando éste ha pasado sin advertir y desaparece en el momento de brotar la roseola, hay necesidad de hacer el diagnóstico de esta dermatosis. La aparición lenta, sin los fenómenos generales agudos de los exantemas, la existencia simultánea de otros síntomas del período secundario (cefalea, adenopatías, placas mucosas, etc.) y la falta de prurito, permiten

distinguirla de otras erupciones eritematosas pertenecientes al grupo de las roseolás; roseola simple, alfombrilla, roseolas medicamentosas por ingestión de copáiba ó substancias resinosas, roseola por ingestión de almejas y fresa, roseola blenorragica. Remitimos al capítulo *Alfombrilla*, para el diagnóstico detallado de estas afecciones. La *pitiriasis rubra* puede dar lugar á dudas; su diagnóstico diferencial será expuesto al tratar de ella.

Las *sifilides papulosas*, en todas sus variedades, abarcan el mayor número de lesiones cutáneas sífilíticas, excepción hecha de la roseola. Pueden acompañar á ésta y sucederla, y persisten ó más bien se reproducen por mucho tiempo, presentando una sola forma ó varias.

La más precoz y más frecuente de las sífilides papulosas aparece en forma de tumores redondeados ú ovals, de color que recuerda con exactitud el del jamón curado, son lisos y rojos al principio, y más tarde ligeramente escamosos, sobresalen por encima de la epidermis, tienen próximamente el tamaño de una lenteja (sífilide pápulo-lenticular del profesor Fournier), son frecuentes en los individuos alcohólicos, se manifiestan en todas las regiones en forma discreta ó en grupos más ó menos confluentes, pero se notan con preferencia en ciertas regiones, tales como la frente, nuca, espalda y los pliegues de flexión, y se desarrollan lentamente en algunas semanas.

A esta forma de sífilide es á la que Bielt, Legendre y Bazin han llamado *placa sífilítica* de la piel; también debe llamarse condiloma plano. En los pliegues de los orificios mucosos y alrededor de éstos, las pápulas son húmedas, rezuman, tienen á veces forma vegetante y se parecen á las placas mucosas.

Las sífilides papulosas pueden presentar también otros caracteres.

Frecuentemente su volumen no es mayor que el de un grano de mijo, tienen color rojo ó rojo pálido, están poco salientes, se hallan diseminadas en gran número por los miembros y más por el tronco, recuerdan al líquen, por lo cual se les llama *sifilides liquenoides*.

Con mayor frecuencia todavía forman redes que ocupan parte de una región ó toda ella, como la cara, los miembros, y sobre todo los extremos de éstos; las lesiones que forman esta variedad son de color cobrizo ó de jamón, de bordes mal circunscritos, redondas ó festoneadas; en la superficie de las mismas se ve la epidermis desprendida en parte, formando escamas secas ó un poco grasientas, sucias muchas veces, que se desprenden con mayor ó menor facilidad; al mismo tiempo existen, en los pliegues de las palmas de las manos, grietas de profundidad variable. Las lesiones que describimos, conocidas con el nombre de psoriasis sífilítico, deben ser llamadas *sifilides psoriasiformes*. Suelen confundirse con el psoriasis cuando ocupan el tronco; pero difieren por su evolución más rápida, su falta de localización en los sitios predilectos del psoriasis y por curarse con el tratamiento específico. En los individuos seborreicos se cubren de escamas más gruesas y grasientas.

Al lado de esta forma de sífilide, debe colocarse una lesión más propia de períodos avanzados, que se localiza en la palma de la mano; con frecuencia se la confunde con el eczema, por su aspecto escamoso y las grietas; pero se distingue por la forma regularmente circinada de sus bordes y por su infiltración, además, suele ser unilateral, mientras que el eczema palmar ataca á las dos manos.

Las sífilides papulosas suelen cubrirse de costras de superficie y grosor variable, de color parduzco, y que al caer no dejan cicatriz.

Las distintas formas de sífilides papulosas se asocian en una región ó en todo el cuerpo, y cada una de sus variedades puede tener dimensiones variables; de lo cual resulta un polimorfismo que es de gran importancia para el diagnóstico objetivo de las sífilides.

Rara vez la sífilis da lugar á *vesículas* y *ampollas*. Las primeras son generalmente efímeras; en casos excepcionales, persisten y tienen gran analogía con las de la varicela, pero se distinguen de ellas por su duración larga y el color cobrizo de su circunferencia.

Las *sífilides pustulosas* son más frecuentes. Son pequeñas pústulas acuminadas ó hemisféricas que recuerdan las del acné, cuyos sitios de predilección ocupan, diferenciándose de él por su marcha rápida. Esta variedad se manifiesta en los sujetos seborréicos. En otros casos son más voluminosas y umbilicadas las pústulas, descansan sobre una base roja é indurada y se parecen á las de la viruela. Rara vez se asemejan á las del impétigo y con frecuencia son grandes y parecidas á las del ectima.

Muchas veces las pústulas que brotan en los sífilíticos son resultado de otra infección accidental y constituyen una afección cutánea añadida á la sífilis ó ingerta en las sífilides.

Las variedades de sífilides que hemos descrito, están constituidas por una infiltración dérmica, más ó menos abundante en células embrionarias, á la cual se agregan alteraciones epidérmicas variables: trastornos que son análogos á los de otras dermatosis objetivamente semejantes. Las lesiones vasculares, generalmente bien manifiestas, diferencian de otras especies dermatológicas á las sífilides.

Hardy ha designado con el nombre de *sífilide pigmentaria* una perturbación del color de la piel que consiste en manchas ó jaspeados no salientes, de color gris ó de negro de humo, que se tocan y se confunden de modo que comprenden zonas de piel sana; resisten el lavatorio jabonoso y figuran una red ó encaje de grandes mallas, que comprenden espacios de piel sana de forma redondeada.

Esta sífilide tiene su asiento casi constante en el cuello, en sus caras laterales, apareciendo simétricamente; se observa también delante de las axilas y menos veces en las partes laterales del abdomen y en los vacíos.

Se desarrolla sin prurito ni la menor perturbación funcional, de modo que es difícil de apreciar la época en que aparece; se la observa del sexto al trigésimosexto mes de los que siguen al chancro y dura mucho tiempo.

Solo se encuentra en los jóvenes, más veces en la mujer que en el hombre, y en los varones de piel fina y blanca como la de las hembras.

No está bien conocida la patogenia de la sífilide pigmentaria. Es indudable que, contra lo que opinan algunos alemanes (Kaposi, Neisser), no es el residuo de una erupción anterior, sino una lesión especial. Según Pélouir depende de una alteración de los cordones nerviosos, provocada por la infección sífilítica y, por tanto, es parecida al vitíligo por su patogenia. Difiere, no obstante, en que las partes blancas que hay en medio de las placas hipercrómicas, conservan el color fisiológico de la piel, mientras que se hallan desprovistas de

pigmento las zonas acrómicas del vitíligo. J. Maief atribuye á una inflamación crónica específica de los pequeños vasos de la piel la afección que estudiamos.

Por su sitio de preferencia en el cuello y lo que persisten las manchas blancas, la sífilide pigmentaria se distingue de las diversas variedades de melanodermias; por lo mismo difiere de las manchas consecutivas á una erupción anterior de sífilides (falsa sífilide pigmentaria). Como aquélla es fácil de reconocer, puede servir de signo revelador de la sífilis y para aclarar un diagnóstico dudoso.

LESIONES DE LAS MUCOSAS. — Las mucosas son muy atacadas en el curso de la sífilis.

Sus lesiones son parecidas á las de la piel; así, pues, en dichas membranas aparecen eritemas y pústulas y más aún las llamadas placas mucosas.

Estas se hallan constituidas por una erosión superficial del dermis mucoso, que toma un color rojo ú opalino especial y característico, ó por una eminencia papulosa en la cual se sitúa la erosión. En ciertos sitios, á consecuencia de frotos repetidos y de irritaciones prolongadas, las placas adquieren mayor volumen, forman grandes eminencias, ocupan superficies extensas, suelen cubrirse de vegetaciones fungosas ó papilomatosas y dan lugar á una secreción abundante. Otras veces se ulceran en su superficie, encontrándose más ó menos erosionadas, ó se hallan cubiertas de un exudado pseudo-membranoso difterioide. Varía su aspecto según su asiento, por lo que sus detalles serán expuestos al hablar de las enfermedades de la boca, faringe, etc.

Anatómicamente consideradas, son iguales á las sífilides cutáneas.

SÍFILIS TERCIARIA

No es el término fatal de la secundaria; muchos sífilíticos quedan curados después de presentar accidentes precoces de diversa gravedad; otros, después de un período de silencio, son afectos de manifestaciones cutáneas ó viscerales siempre rebeldes, con frecuencia mortales, rara vez pasajeras; otros, con sífilis muy grave, no cesan de ser acometidos por manifestaciones, por lo que en estos casos la sífilis terciaria sucede sin interrupción á la secundaria.

Las causas que presiden al desarrollo de la terciaria son complejas é incompletamente conocidas. La gravedad é intensidad de las manifestaciones de los períodos iniciales no dicen nada acerca de la posibilidad de las terciarias. Las sífilis benignas no dan lugar á continuación del chancro sino á accidentes pasajeros, con frecuencia inadvertidos; pero las sífilis ignoradas van seguidas de manifestaciones terciarias con frecuencia. La falta de tratamiento ó su insuficiencia, desempeña un gran papel en el desarrollo de éstas. El abuso de los alcohólicos, la malaria, el linfatismo y las demás causas de depauperación orgánica favorecen también su aparición.

Los viejos que contraen sífilis están muy expuestos á los trastornos terciarios, los cuales siguen muy de cerca á los síntomas precoces de la infección.

Las localizaciones de la sífilis terciaria son favorecidas y determinadas, dentro de ciertos límites, por una lesión anterior ó por circunstancias de menor resistencia de los tejidos en que se asientan; los excesos de trabajo ó los esta-

dos neuropáticos predisponen á la sífilis cerebral ó medular; el alcoholismo ó la litiasis biliar á la sífilis hepática. De aquí que resulten lesiones viscerales de etiología compleja, en las cuales la sífilis se suma con otra causa infecciosa ó una intoxicación, produciendo una enfermedad híbrida.

A esta categoría de híbridos pertenecen algunas lesiones viscerales que, según ciertos autores, no entran en el cuadro de la sífilis, aunque la infección de ésta ejerza una influencia indudable en el desarrollo de aquéllas. Tal sucede con la *tabes dorsal*, cuyas relaciones con la sífilis han sido demostradas con el profesor Fournier, y admitidas por Erb, Ziemssen y otros muchos neuropatólogos.

Las afecciones terciarias se manifiestan excepcionalmente algunos meses después que el chancro. En general, no aparecen antes del cuarto año de la sífilis; lo hacen desde el décimo al décimoquinto año; después lo verifican rara vez. No obstante, pueden observarse en épocas más remotas; Fournier ha publicado observaciones de gomas desarrolladas cincuenta y cincuenta y cinco años después que el chancro.

La esclerosis y las gomas son las afecciones propias de este período. Conviene citar también la degeneración amiloidea, que se asocia á las dos lesiones antedichas ó evoluciona independientemente; pero como no es especial de la sífilis, no la describimos aquí.

La esclerosis sífilítica es menos difusa que la de otras enfermedades, se localiza en parte de un órgano, á veces invade la totalidad de él, sin seguir una ley conocida; coincide con alteraciones vasculares muy ostensibles, que son endarteritis proliferantes y peri-arteritis, las cuales influyen en su desarrollo, la preceden y hasta determinan su asiento.

La esclerosis está aislada ó asociada á las gomas, que son la afección específica por excelencia del período terciario.

Las gomas nacen en medio del tejido escleroso, que les forma una cubierta continua de grosor variable; constituyen nudosidades circunscritas, sólidas al principio, semilíquidas ó líquidas más tarde; tienen un centro blanco mate ó amarillento opaco y de apariencia caseosa, el cual se reblandece y se transforma en un líquido grumoso, parecido á pus ó á una disolución de goma. Evacuado este líquido, queda una cavidad, que se llena con mayor ó menor rapidez. Las gomas pueden desaparecer por absorción espontánea ó terapéutica, aun cuando el reblandecimiento de la parte central hubiese hecho temer la supuración. Dejan, por punto general, una pérdida de substancia en los tejidos afectados y cicatrices que en las vísceras tienen gran importancia para el diagnóstico en las autopsias.

En un principio, la goma está formada de células embrionarias, que constituyen un nódulo (foliculo sífilítico de Brissaud); por su presencia, determina lesiones esclerósicas en la periferia (Malassez), si es que la goma no brotó en medio de una masa esclerósica preexistente (Brissaud); puede contener células epitelioides y células gigantes; crece, y al cabo de algún tiempo (por ser perturbada su nutrición por la esclerosis de alrededor y también por causa de la tendencia evolutiva especial de su tejido) sufre una degeneración particular, la cual acaba por transformarse en la materia amarillenta, que se liquida y ocupa el centro de la goma.

Las lesiones arteriales que preceden y acompañan á la goma consisten en una endo-peri-arteritis, con tendencia á la obliteración vascular, que han sido bien estudiadas por Balzer, Marfan y Toupet. Influyen sobre el desarrollo de la goma y obran como arteritis dotada de propiedades específicas por su origen sífilítico.

Las LESIONES VISCERALES no pueden entrar en este capítulo, por lo que las dejamos para cuando estudiemos la patología de cada viscera.

Persisten mucho tiempo, y ofrecen síntomas de evolución lenta y progresiva (excepción hecha de ciertas lesiones de los centros nerviosos), por su desarrollo insidioso y lento. El tratamiento específico tiene sobre ellas una acción enérgica é indiscutible; sin embargo, no la tiene sobre ciertos síntomas de estas afecciones, pues cuando un fragmento de un órgano ha sido destruido ó necrosado por el progreso de una goma ó por la obliteración vascular, y cuando la cicatriz que deja la goma deja de ser lesión sífilítica y se convierte en tejido esclerósico y cicatriz común, entonces no hay que esperar que el tejido destruido se regenere y recobre sus funciones normales, aunque se emplee un tratamiento antisifilítico enérgico y prolongado.

Los HUESOS presentan hiperostosis, gomas y necrosis, cuya evolución va acompañada de dolores con exacerbaciones nocturnas importantes para el diagnóstico, y termina por deformaciones, como son: desigualdades de los huesos del cráneo, caída de los huesos de la nariz, con deformación consecutiva de ésta, que pueden servir para reconocer la existencia de la sífilis.

Las mucosas de las vías digestiva y respiratoria son también asiento de lesiones terciarias, cuyo estudio haremos al tratar de las afecciones de la lengua, faringe, etc.

Las DERMATOSIS TERCIARIAS ofrecen una tendencia ulcerosa muy marcada.

Las más características son las *gomas*, que casi siempre ocupan el dermis y el tejido subcutáneo; aparecen en toda la piel, particularmente en los miembros inferiores, y con preferencia en los sitios en que aquella cubre directamente el hueso.

Al principio forman un tumor pequeño, de consistencia análoga á la de los ganglios linfáticos; se encuentran fijas á la cara profunda de la piel las dérmicas, y se deslizan por debajo del tegumento externo las hipodérmicas. Crecen poco á poco hasta adquirir, en ocasiones, el volumen de una nuez ó el de un huevo de gallina, conservando siempre su forma redonda ú ofreciendo bultos y prolongaciones que las dan una forma irregular. Las cutáneas suelen agruparse en círculos. Al cabo de algún tiempo que varía, el tumor gomoso se hace menos consistente y fluctua; la piel que lo cubre se pone tensa, delgada y roja, se abre y da salida á hilos de líquido de consistencia gomosa, quedando una úlcera redonda, profunda, crateriforme, de bordes regularmente cortados, de fondo desigual y cubierto de fragmentos impregnados del pus gomoso. Después, esta úlcera se cubre de mamelones carnosos y se rellena; al cabo de cierto tiempo deja una cicatriz deprimida, roja al principio, blanca después y rodeada de un zona pigmentaria cuando tiene su asiento en los miembros inferiores. Varias úlceras pueden reunirse y dar lugar á una sola de forma irregular, de bordes festoneados y profunda.

El diagnóstico de las gomas cutáneas es fácil. Antes de su reblandecimiento y apertura, no pueden confundirse con los tumores cutáneos y subcutáneos, como por ejemplo, los fibromas, ó con un ganglio linfático. Las úlceras consecutivas se distinguen de las otras debidas á varias causas; los forúnculos, con los cuales tienen alguna analogía, se distinguen por su marcha más rápida y más inflamatoria.

Las llamadas gomas escrófulo-tuberculosas difieren de las sifilíticas por su limitación menos clara, el color más lívido de los tegumentos que las cubren, su resistencia al tratamiento específico y por el estado general de los enfermos que en los casos de gomas escrófulo-tuberculosas, presentan también alguna otra localización de esta naturaleza.

Las nudosidades del eritema nudoso pueden ser confundidas con las gomas; lo cual suele ocurrir, puesto que el sistema no es infrecuente en la sífilis (Leloir); pero su marcha rápida, multiplicidad, preferencia de asiento en los miembros inferiores, simultaneidad con otras formas de eritemas y desaparición espontánea sin dejar úlceras, son datos suficientes para reconocer dicha afección.

A consecuencia del uso del ioduro potásico, aparecen nudosidades que recuerdan las gomas y el sistema nudoso (Ricord, C. Pellizzari, Talamon); pero se conocen por su color muy rojo, el dolor que las acompaña y su desaparición rápida en cuanto se suspende el medicamento y su reaparición en cuanto se vuelve al uso de éste.

Las *sifilides tuberculosas* son elevaciones de color rojo amarillento ó rojo vivo, que descansan en una infiltración dérmica, bien circunscrita y del diámetro de una lenteja; por su absorción dejan una cicatriz deprimida, sin haber úlcera prévia; se reproducen durante mucho tiempo, en intervalos más ó menos regulares y aparecen diseminadas ó reunidas en grupos circulares.

Las *sifilides pústulo-crustáceas y úlcero-crustáceas* son neoplasmas anatómicamente análogos á las gomas. Clínicamente se manifiestan por costras redondas, amarillas ó grises, gruesas y estratificadas, cubren una úlcera que supura mucho y que, al curarse, deja cicatrices deprimidas y redondas. Ocupan el tronco, por punto general se reúnen en grupos de diversa extensión, recidivan con facilidad desesperante y en cada brote las lesiones ocupan la periferia de las cicatrices anteriores, por lo cual siguen una marcha serpiginosa y ocupan grandes extensiones de piel.

Las otras dermatosis terciarias presentan analogías con algunas secundarias, particularmente con las papulosas, las cuales pueden presentarse durante el período terciario en su variedad tardía.

De igual modo que hay sifilides secundarias precoces, en muy pocos casos las sifilides terciarias son superficiales y resolutivas. Forman entonces manchas rojas, redondas ó irregulares que se borran por la presión, ligeramente escamosas á veces y ocupan bastante extensión de los miembros y tronco. Fournier, Besnier y Hallopeau citan ejemplos de esta forma de sifilides, que Unna considera como la manifestación cutánea de una lesión nerviosa (neurosifilide) y la compara, por ciertas relaciones, con la lesión nerviosa de la lepra. Estas erupciones, á pesar de lo superficiales que son, se resisten al tratamiento.

PRONÓSTICO DE LA SÍFILIS ADQUIRIDA

La evolución de la sífilis se modifica en buen sentido por el tratamiento, que hace desaparecer la manifestaciones ó impide su desarrollo. Sin embargo, la enfermedad puede ser grave y aun acarrear la muerte por los trastornos generales, las lesiones de los órganos esenciales para la vida ó por la caquexia que ocasiona.

En general, es menos grave en los jóvenes que en los recién nacidos y los viejos; en estos presenta una gravedad especial y puede producir una muerte rápida.

La escrófulo-tuberculosis empeora el pronóstico de la sífilis; las manifestaciones híbridas, llamadas por Ricord escrofulato de sífilis, son gravísimas. En individuos tuberculosos, ó por lo menos linfáticos, la sífilis presenta la forma llamada maligna precoz y en la cual las lesiones del tipo terciario, de tendencia ulcerosa y rápida, aparecen en los primeros meses de la infección.

Diversas causas de pauperismo orgánico, alcoholismo, paludismo, diabetes, excesos venéreos y de otros géneros y el embarazo, tienden á hacer más intensas, tenaces y múltiples las manifestaciones de la sífilis. Esta es más grave en los climas cálidos que en los templados; los excesos de todas clases, la suciedad, la falta de higiene contribuye á agravar el pronóstico de la sífilis exótica; la gravedad de la dolencia en algunos individuos acaso sea causa de una actividad anómala de la semilla que proporcionan.

SÍFILIS HEREDITARIA

Se manifiesta por accidentes especiales bien característicos, que aparecen en el punto y hora del nacimiento ó un poco después, constituyendo la sífilis hereditaria precoz ó vulgar. Se desenvuelve también en un período más avanzado de la vida por accidentes sifilíticos bien caracterizados, ocasionando la sífilis hereditaria tardía.

Otras veces no origina lesiones terminantemente sifilíticas sino perturbaciones de nutrición de consecuencias variables.

En los fetos de mujeres sifilíticas expulsados antes del término del embarazo, no se encuentran muchas veces lesiones ostensibles (Barthélemy); y á falta de causa materna, distinta de la sífilis, que explique el aborto, se admite que la muerte se debe á una caquexia, que Fournier considera como una de las causas de «ineptitud para la vida» de los niños sifilíticos. Otros, que nacen de todo tiempo, están atróficos, arruinados, desprovistos de toda resistencia vital y sucumben en pocos días por causas insignificantes, incapaces de matar á un niño sano. Otros sobreviven; pero están pequeños, atrofiados, son casi enanos é infantiles; gran número de ellos presentan deformidades congénitas ó desarrollo incompleto de la inteligencia ó de ciertos órganos, como los pechos ó los testículos. Además, estos niños resisten mal á las enfermedades infeccio-