

SIFILIS DE LOS CENTROS NERVIOSOS

Por H. LAMY

Dr. en Medicina de la Facultad de París.

Trad. por el Dr. D. JUAN AZÚA

Médico del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

No podemos tratar aquí sino de las afecciones cerebro-espinales dependientes de lesiones incontestablemente sífilíticas de los centros nerviosos. No estamos todavía en estado de conocer y separar la parte que corresponde á la sífilis, en un cierto número de enfermedades sistematizadas del sistema nervioso, en las que aquélla ejerce una influencia etiológica innegable, y la gran ley, deducida por Virchow, de sus investigaciones acerca de la sífilis constitucional, domina aún toda la anatomía patológica de la sífilis. Se puede formular esa ley del modo siguiente :

Las lesiones sífilíticas, cualquiera que sea su sitio y su forma, tienen siempre por punto de origen el tejido conjuntivo ó los vasos de los órganos, en los que se desarrollan. Los elementos nobles de los tejidos se alteran consecutivamente al proceso conjuntivo muscular, y, en este concepto, los elementos nerviosos se comportan como células del hígado ó fibras musculares.

HISTORIA. — No se debe, en justicia, considerar la historia de las complicaciones cerebro-espinales de la sífilis, como hecha por completo en la época contemporánea, porque algunas de estas complicaciones han sido señaladas por los autores de los siglos XVI, XVII y XVIII (Ulrich de Hutten, Thierry de Héry, Astruc, van Swieten, etc.).

Morgani refiere, con detalles, la autopsia de una mujer sífilítica que presentaba dos gomias del frontal, con invasión del cerebro y las meninges, y que murió en estado comatoso después de haber tenido epilepsia (9.^a carta).

Sin embargo, la falta de precisión en las descripciones, y sobre todo la tendencia general á incluir entre los efectos de la enfermedad venérea una colección de afecciones que en nada se relacionaban con la sífilis, produjo una tal confusión, que bien pronto se originó una reacción ; Hunter (1835) incluyó el cerebro en la serie de partes vitales que no eran atacadas por el virus venéreo. Esta opinión encontró numerosos adeptos entre los autores del comienzo de este siglo, y el excepticismo referente á la naturaleza sífilítica de ciertas afecciones nerviosas, consideradas como específicas, ha contado con partidarios hasta entre los clínicos más autorizados de la época contemporánea (Lasèque).

Un conocimiento más exacto de las lesiones anatómicas engendradas por la sífilis, era necesario para que la cuestión entrase en una fase verdaderamente

científica, y á ello han contribuído muchísimo con sus trabajos Virchow (1) y Lancereaux (2). Heubner, en 1874, describió la arteritis sífilítica cerebral, y Fournier (1879) ha hecho adelantar considerablemente el estudio clínico de la sífilis del cerebro.

No intentaremos aquí, ni aun una simple enumeración de los trabajos que han contribuído á hacer este capítulo de la patología uno de los más ricos de la literatura médica. Basta que recordemos los nombres de Lagneau (1860), Zambaco (1862), Mauriac (1876), en Francia; en Inglaterra los de Hutchinson (1871), Broadbent, Buzzard (1874); en Alemania, donde los trabajos han sido numerosos, los de Jaksch (1864), Baumgarten, Rumpf, Jürgens (1885), Oppenheim (1888), Siemerling, etc. Al estudio de la sífilis de la médula espinal, hecho principalmente en los últimos veinte años, se refieren sobre todo los nombres de Charcot y Gombault (1873), Homolle, Julliard, Dejerine; en Alemania los de Greiff, Schmaus, Moeller, etc., etc. Las afecciones precoces de los centros nerviosos están hoy bien conocidas, gracias á los trabajos de Fournier, Mauriac, Gilbert y Lion, etc.

CAPÍTULO PRIMERO

SÍFILIS CEREBRAL

Anatomía patológica.

Las alteraciones de los huesos del cráneo, gomas, caries ó exostosis, pueden propagarse al cerebro, pero este modo de invasión es relativamente excepcional. Se hallan, en verdad, ejemplos incontestables en el libro de Gros y Lancereaux. Los hechos de este género apenas se encuentran más que en la sífilis inveterada, abandonada á sí misma. Es cierto, por otra parte, que antiguamente se invocaban, sin pruebas suficientes, las exostosis intra-craneanas para explicar una multitud de accidentes nerviosos, cuyo origen radicaba en alteraciones primitivas del cerebro ó en las envolturas de éste.

Conformándonos con la división clásica, describiremos por separado las lesiones de las meninges, las de los vasos y las del cerebro propiamente tal, aunque es muy cierto, por otra parte, que estas lesiones se asocian á menudo unas con otras y, por tanto, la división adoptada refiérese sobre todo al punto de origen de las alteraciones.

Lesiones sífilíticas de las meninges cerebrales. — Las lesiones sífilíticas de las envolturas membranosas del encéfalo se presentan á la observación con dos tipos bien diferentes: el uno *específico*, presenta caracteres anatómicos particu-

(1) Virchow, Ueber die Natur der constitutionnel syphilitischen Affectionen. *Archiv*, 1858.

(2) Lancereaux et Gros, Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861. — Lancereaux, (Traité historique et pratique de la syphilis. Paris, 1874, 2^e édition).

lares que indican su naturaleza; el otro *escleroso*, sin distinción posible de los procesos meníngicos crónicos comunes, ateniéndose sólo á sus caracteres anatómicos.

A) Lesiones específicas de las meninges. — En esta variedad, figura en primera línea el *goma meníngeo*; pero al lado de éste, la sífilis puede producir en las meninges (y parece es el caso más frecuente), alteraciones morbosas, que no obstante sus grandes analogías de textura con los gomas, se diferencian bastante de ellos, desde el punto de vista macroscópico. Se denominan estas lesiones con el nombre de *gomas en sábana*, *infiltraciones gomosas difusas* y entran con los tumores gomosos en el grupo de las neoformaciones sífilíticas (*syphilitische Neubildung*, de los alemanes).

a) Los *gomas sífilíticas de las meninges* tienen su origen en el espesor de la dura-madre ó en la pia-madre. Rara vez se desarrollan de un modo exclusivo en la cara externa de la dura-madre, y van acompañadas de osteo-periostitis gomosa de la bóveda del cráneo. En los casos de este género, la paquimeningitis externa no permanece generalmente aislada, y en la cara interna de la dura-madre se desarrolla una falsa membrana, recorrida por vasos neoformados, cuyas paredes pueden romperse, engendrándose de este modo una paquimeningitis hemorrágica interna. No obstante, lo anterior, Cornil (1), en un caso análogo ha encontrado la cara interna de la dura-madre y las meninges subyacentes completamente sanas.

Los tumores gomosos no tardan, cualquiera que sea su punto de partida, en provocar una inflamación periférica, que consecutivamente adhiere las meninges adyacentes é invade y reblandece el tejido nervioso en contacto con la masa gomosa. En las autopsias es á veces difícil precisar el punto de desarrollo inicial de estas lesiones. En algunos casos, la esclerosis meníngea periférica adquiere un gran espesor en derredor de los gomas, que aparecen englobados en un tejido fibroso denso. Cuando estos caracteres se reúnen, se constituye la *meningitis esclero-gomosa* (Fournier).

Los gomas de las meninges pueden variar, en cuanto á sus *dimensiones*, dentro de límites muy extensos, desde el volumen de un cañamón hasta el de una avellana; rara vez son mayores. Se localizan de preferencia en dos regiones: en la convexidad de los hemisferios, sobre todo en su parte anterior, y más frecuentemente aun en la base del cerebro, desde el quiasma hasta la protuberancia. Los tumores gomosos que se desarrollan en esta región no lo hacen sin interesar los orígenes aparentes de los nervios craneales, y lo mismo sucede, á veces, con las gruesas arterias de la base, cuya obliteración consecutiva produciría infaliblemente el reblandecimiento de las partes centrales del cerebro. Así sucedió en un caso descrito por Virchow, en el que un goma había producido la obliteración de la carótida interna. En una observación de Fournier se consigna que un goma, comprimiendo las venas de Galeno, había ocasionado indirectamente una hidropesía ventricular.

El goma meníngeo puede ser único, pero por lo general se encuentran varios de volumen desigual; los pequeños se encuentran, á veces, en gran cantidad agrupados alrededor de las arterias cerebrales. Cuando esto sucede, están situa-

(1) Cornil, Leçons sur la syphilis. Paris, 1879, p. 322.

dos en el tejido conjuntivo de la pia-madre, siguiendo el trayecto de las arterias de la base ó de las silvianas.

Hay en esto una analogía, de la que encontraremos numerosos ejemplos entre las lesiones meníngeas de la sífilis y las de la tuberculosis, aunque las granulaciones tuberculosas son habitualmente más pequeñas que los gomias. La semejanza es todavía más grande entre las granulaciones tuberculosas y los *gomias miliares*, que se han encontrado en la superficie de las meninges por Engelsstedt, Lancereaux, Jüngens, etc.

Pero tratase entonces, preciso es reconocerlo, de una forma anatómica completamente excepcional. Baumgarten (1) piensa que conviene atribuirle á las arteritis sífilíticas, y que se trata de una *peri-arteritis gomosa*. Cornil había ya llamado la atención sobre las conexiones de los gomias meníngeos pequeños con las arterias.

b) En la segunda variedad se encuentra, en la superficie de las meninges encefálicas, una especie de *exudado espeso*, á veces comparable á una capa de pus (Fournier); otras semejante á gelatina consistente, de un color gris rojizo (Heubner); otras á colodion medio coagulado (Oppenheim), susceptible de dar por el raspado de los cortes una pequeña cantidad de jugo. Esta variedad de neoformación sífilítica se localiza con marcada preferencia en la confluencia sub-aracnoidea de la base, englobando, por decirlo así, los orígenes de los nervios cerebrales. Cuando la neoformación se desarrolla en el espesor de la dura-madre, el aspecto se modifica un poco y aparece más fibroso y consistente, asemejándose la lesión á una cáscara espesa que englobase las tres meninges.

Examinando al microscopio este exudado, se ve tiene la misma estructura del sífiloma; está esencialmente formado por células redondas, vivaces y de núcleos, entremezclados de células fusiformes ó estrelladas, procedentes del tejido conjuntivo en el que la lesión se ha desarrollado. Si el exudado ha invadido la substancia nerviosa ó la dura-madre, se encontrarán también los elementos de estos tejidos modificados por la acción irritante que la lesión ejerce sobre ellos. En la periferia de la neoformación, se ve una infiltración celular que se propaga á alguna distancia en el seno de los tejidos ambientes.

Además de las diferencias anatómicas que esta segunda variedad presenta con el goma, parece que esta *meningitis gomosa difusa* tiene una evolución más rápida que la del goma. Su resolución puede ser obtenida bastante más fácilmente que la del goma verdadero. «Aun cuando, dice Heubner, esta neoformación cura bajo la influencia de los tratamientos, y sólo queda una *cicatriz fibrosa* en la superficie de los hemisferios, que puede ser tomada en la autopsia como un vestigio de una paquimeningitis simple».

B) Meningitis esclerosas.—En las autopsias de los sífilíticos se encuentran algunas veces las meninges cerebrales engrosadas en algunos sitios y adherentes. La más común de estas lesiones es la *paquimeningitis externa* con adherencias de la dura-madre á la bóveda del cráneo; después sigue la *paquimeningitis interna*, que puede ir acompañada de una *sinfisis meningo-cerebral* total. A falta de cualquier otro carácter específico, pocas enfermedades son

(1) Baumgarten, Virchow's Archiv., Bd. 76, p. 268.

capaces de dar origen á lesiones de esta especie (Fournier), como la sífilis.

La base del cerebro, y más especialmente el espacio interpeduncular y el quiasma, son también los puntos de localización habitual de esta forma de lesión sífilítica. En ellos la dura-madre es respetada; la pia-madre y la aracnoides, soldadas entre sí, están transformadas en una membrana fibroide é íntimamente unidas al tejido nervioso subyacente.

Es del todo excepcional que estas meningitis esclerosas comprendan por completo, ó en una gran parte de su extensión, las envolturas cerebrales. Por lo común se trata de una lesión parcial, *circunscrita* y á menudo *asimétrica* si ocupa los dos lados. No es raro encontrarla en forma diseminada, en diferentes puntos de la base ó de la convexidad de los hemisferios.

Estos hechos parecen á primera vista de tal naturaleza, que pudieran hacer admitir la existencia de meningitis sífilíticas simples al lado de las producciones específicas de las meninges. No obstante, conviene recordar que las lesiones gomosas pueden curar y no dejar más vestigios que una cicatriz fibrosa. En este orden de ideas, Heubner, sometiéndolo á una crítica severa las observaciones de meningitis y encefalitis sífilíticas, ha llegado á deducir que verosímilmente en todos los casos, de lo que se trata es de neoformaciones específicas llegadas á períodos regresivos.

No teniendo en cuenta más que los hechos anatómicos conocidos, no es posible, establecer una distinción fundamental entre las meningitis de los diferentes períodos de la sífilis. Para Lancereaux, la sífilis, en su período secundario, produciría en las meninges brotes inflamatorios *difusos*, con una evolución clínica análoga á las de las flegmasías sub-agudas de las envolturas cerebrales, mientras que las lesiones *circunscritas* pertenecerían propiamente á los períodos avanzados de la enfermedad. Ahora bien; los accidentes de los primeros períodos tienen por carácter esencial curar casi siempre, y su estudio anatómico está todavía por hacer. En una observación de Kuh (1864), referente á un enfermo en el que se presentaron accidentes cerebrales, algunas semanas después del chancro, y que murió pronto, la autopsia permitió ver una infiltración de las meninges de la convexidad por un exudado amarillo que había en el espesor de los hemisferios. Los hechos de este género son extremadamente raros. En todos los casos, y por aquellos que se conocen anatómicamente, no parece son sus lesiones de carácter tal que permitan una diferenciación terminante entre las meningitis del período secundario y las de la época terciaria de la sífilis.

Lesiones sífilíticas del encéfalo.—Comprenden los *gomias cerebrales*, propiamente dichos, y la *encefalitis sífilítica*.

Los *tumores gomosos* primitivamente desarrollados en el cerebro, son muy raros, en comparación á los precedentes. Los más comunes están en la corteza, y merecerían, sobre todo, el nombre de *gomias cerebro-meníngeas*. Su volumen, es, por lo general, poco considerable, llega al de un guisante ó al de una avellana; la substancia cerebral está congestionada y reblandecida en una pequeña extensión á su alrededor. Se les encuentra de preferencia en los lóbulos anteriores, bien en la base, bien en la región psicomotriz, y son casi siempre múltiples.

El goma *intra-cerebral* puede ocupar la masa blanca de los hemisferios, el lóbulo frontal (Mayet), ó bien el cuerpo estriado (Hérard), la capa óptica (Westphal), el lóbulo occipital (Nicaise); en un caso de Gamel, un tumor gomoso de volumen considerable ocupaba la cavidad del cuarto ventrículo. Los gomas se desarrollan también en el cerebelo (Ward), en el espesor de los pedúnculos cerebrales (Nicaise), de la protuberancia anular (Lancereaux), Pilon). Esta variedad es por lo común de forma regular, redondeado, ovoide, menos regular, sin embargo, de un modo general, que el tubérculo solitario del cerebro (Virchow). El volumen medio de los gomas del cerebro es el

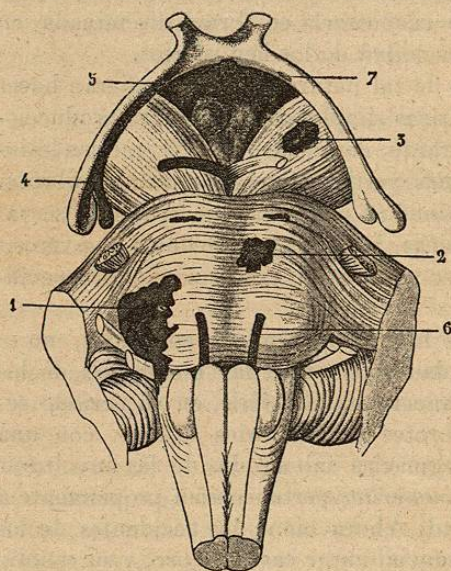


Fig. 144.—(Según Charcot y Gombault).—Encefalitis sifilítica en placas circunscritas: 1, 2, 3, placas de un color gris-amarillento, con el centro amarillo, situados en la protuberancia y en el pedúnculo cerebral izquierdo. — 4, tractus grises situados sobre la banda óptica izquierda, el quiasma y los nervios ópticos.—5, placa grisácea que monta sobre el borde interno del pedúnculo cerebral derecho; el nervio del 3.º par, que nace en este punto, estaba gris y atrófico.—6, nervios del 6.º par, grises y atróficos.—7, pequeñas manchas de color rojo-vinoso uniforme.

de una avellana ó de una nuez, y se han observado hasta del tamaño de un huevo de gallina. Su color es gris ó blanquecino, pero lo que les caracteriza sobre todo es que están aislados del *tejido nervioso* por una especie de cáscara grisácea medio transparente, que recuerda bastante bien el tejido de los sarcomas y de los gliomas (Lancereaux), en tanto que su parte central es de un tinte más oscuro, por lo general amarillento. Tienen algunas veces consistencia dura y como cartilaginosa y otras aparecen secos y friables al corte, ó bien tan sólo un poco reblandecidos en el centro. Por lo común, los elementos nerviosos han desaparecido completamente en el sitio del tumor.

Así aparece el sifiloma cerebral típico en estado adulto, pero en él pueden sobrevenir las degeneraciones *fibrosa*, *calcárea* ó *quistica*. En ciertos casos, el último término de su evolución es una depresión cicatricial, de la que irradian tractus

fibrosos en todos sentidos. Puede admitirse que son éstos los diversos modos de curación de las gomas cerebrales; pero, es por completo inadmisibles que puedan desaparecer sin dejar vestigios. Los gomas cerebrales coexisten frecuentemente con otras lesiones sifilíticas del organismo.

La *encefalitis sifilítica* comprende lesiones de aspectos muy diversos, algunas de las cuales deben ser consideradas como variedades de neoformaciones gomosas. En un primer tipo, que podría llamarse *encefalitis gomosa difusa*, la alteración consiste en la infiltración en masa de un territorio más ó menos extenso por un tejido idéntico al de las gomas. Klippel y Pactet han referido recientemente un ejemplo (*Sociedad anatómica*, 1893); el neoplasma que ocu-

paba todo el lóbulo medio de un hemisferio había sufrido en parte una degeneración caseosa; los vasos, obstruidos en gran número, estaban atacados de degeneración hialina.

Con un aspecto muy diferente se presenta la *encefalitis en placas circunscritas*, descrita por Charcot y Gombault (fig. 144) y Cornil: tratase, en efecto, de verdaderas placas gomosas diseminadas en la superficie del mesocéfalo (protuberancia, pedúnculos, bandas, etc.), sin relación íntima con las meninges y sin que penetren profundamente en la substancia nerviosa. En cada una de ellas se distinguen dos zonas: la una periférica, de un gris rojizo, la otra central, amarillenta, semejante á pus concreto ó á materia caseosa. La analogía con los gomas, histológicamente consideradas las lesiones, no es menos considerable.

Por último, la *encefalitis sifilítica esclerosa*, indicada por la mayoría de los autores, es una lesión bastante menos conocida y mucho menos característica de la sífilis que las precedentes.

Consiste en focos de induración circunscritos, diseminados en muchos puntos de la superficie de las circunvoluciones.

En el principio de la lesión, la consistencia de la substancia cerebral posiblemente estará disminuía en el sitio que ocupe; más tarde, se desarrolla un tejido escleroso, calloso, de un color gris amarillento, que da al corte la sensación de tejido hepático (Virchow). Según Lancereaux, esta variedad de encefalitis se distingue de otras esclerosis no específicas por una tendencia grande de sus elementos conjuntivos para sufrir la transformación grasosa.

Lesiones cerebrales consecutivas á la arteritis sifilítica. — La arteritis sifilítica del cerebro ha sido descrita en el volumen V de este TRATADO. Nos ocuparemos solamente de los desórdenes anatómicos que la arteritis puede ocasionar en el encéfalo. Trátase aquí de lesiones *sifilíticas indirectas* (Fournier), que no presentan por sí mismas ningún carácter específico.

La más común de todas las formas es el *reblandecimiento cerebral* por trombosis. Cuando la obliteración está situada en los troncos gruesos de la base, como ordinariamente sucede, se produce un reblandecimiento *en foco* de la substancia cerebral. En la mayor parte de los casos, el foco ocupa los *núcleos grises del cuerpo estriado*. Heubner ha llamado la atención acerca de la frecuencia de esta localización. Más raramente la arteritis obliterante preséntase diseminada en las ramas de la arteria silviana, dando origen cuando esto sucede á pequeños reblandecimientos corticales ó subcorticales (Joffroy y Létienné). Del mismo modo, la trombosis de la basilar y de sus colaterales puede producir focos semejantes á los anteriores en el pedúnculo y la protuberancia (J. Pich, Kahler). Estos reblandecimientos superficiales del mesocéfalo presentan algunas veces, á la observación microscópica, proliferación celular activa (Lancereaux), característica de la sífilis, que no se observa en los reblandecimientos cerebrales comunes.

En la mayor parte de las neoplasias específicas desarrolladas contiguamente ó en el espesor mismo del tejido nervioso, la consistencia de éste se altera en las inmediaciones de la lesión. La esclerosis de las meninges cerebrales, por ejemplo, coincide á menudo con un *reblandecimiento difuso en superficie* de las circunvoluciones adyacentes; y se concibe que así fatalmente sea, teniendo en