

CAPÍTULO II

SÍFILIS DE LA MÉDULA ESPINAL

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las divisiones admitidas en el estudio de las lesiones sífilíticas del cerebro, son aquí aplicables. La *meningitis* y la *meningo-mielitis sífilítica*, — los *gomos* propiamente dichos de la médula y de las meninges, — las lesiones vasculares y en particular la *arteritis medular sífilítica*, son las diferentes formas que conviene distinguir.

Más rara vez aún que el encéfalo, la médula es alterada por *lesiones óseas* de vecindad. Estamos lejos de la época en la que se creían estas lesiones necesarias, y en la que toda la atención, en las autopsias, se dirigía en busca de exostosis del canal raquidiano (Bedel, Sandras, Vidal de Cassis), exostosis que por otra parte se encontraban muy rara vez, y á la falta de las cuales las parálisis eran consideradas como de origen funcional. Se han señalado sólo algunos hechos aislados de esta especie, Virchow encontró una paquimeningitis externa cervical con adherencia al periostio vertebral. En la autopsia de un parapléjico sífilítico, Westphal apreció la existencia de una osteítis gomosa y caries del sacro con invasión de la dura-madre y de las raíces nerviosas próximas. Jürgens ha tenido ocasión de ver una lesión análoga en la región lumbar. Darier presentó recientemente en la Sociedad anatómica (1893), una caries específica de las vértebras cervicales con paquimeningitis, lesiones que habían ocasionado una paraplegia cervical; existían además lesiones gomosas del cráneo y del hígado.

A) *Meningitis espinal y meningo-mielitis*. — La *meningitis espinal sífilítica* es por completo comparable á la meningitis cerebral. Como ésta, puede invadir la dura-madre, en cuyo caso la lesión es bastante apreciable á simple vista. Trátase en este caso de una *paquimeningitis interna* con adherencia y engrosamiento de las cubiertas espinales, que se transforman en una membrana gruesa y uniforme de apariencia lardácea, algunas veces gelatinosa. Por lo general, la médula en sí misma es invadida de una manera difusa, sobre todo, en las regiones periféricas correspondientes á la soldadura meníngea (*sinfisis meningo-medular*). El tejido medular se encuentra unas veces con menos consistencia, otras manifestamente esclerosado.

Circunscrita á veces esta paquimeningitis espinal en forma de placas, está á menudo limitada á un segmento de la médula que rodea más ó menos por completo. En un caso de Oppenheim, sin embargo, la dura-madre estaba soldada á la aracnoides en sus dos tercios superiores. Generalmente está más limitada, y parece que tiene una especial predilección por la semi-circunferencia posterior de la médula (Heubner, Jürgens). Hay que notar que la paquimeningitis espinal sífilítica se encuentra más á menudo en la región cervical que en todas las demás, y que en este caso coincide á menudo con alteraciones me-

ningíticas de la base del cráneo. Jürgens ha emitido anteriormente (*Charité Annalen*, 1885) la opinión de que, en los casos de este género, la sífilis había tenido una marcha descendente desde el cráneo hacia el raquis.

Histológicamente, se encuentra las más de las veces una meningitis fibrosa de tipo conjuntivo denso. En un corte transversal, las meninges aparecen confundidas entre sí, presentando el aspecto de una cinta esclerosa uniforme. Para Heubner, es esto una producción sífilítica que, observada en su principio, habría presentado sin duda los caracteres de la infiltración específica, pero que con el tiempo y bajo la influencia del tratamiento, se ha transformado en tejido conjuntivo indiferente y de aspecto cicatricial (*Syphilitische Schwiele*). Jürgens describe una variedad *esclero-gomosa* de esta paquimeningitis.

Leptomielitis. — Cuando la dura-madre espinal no está interesada por el proceso sífilítico, el examen á simple vista aprecia á menudo muy incompletamente las lesiones. Se ha podido, no obstante, comprobar la existencia de un exudado gelatinoso, de consistencia gomosa que ocupa el espacio sub-aracnoideo, en una región limitada. Así sucedió en una autopsia referida por Zambaco; el examen histológico del exudado demostró que estaba constituido por el tejido propio de los gomos (Robin). Otras veces se ha visto un espesamiento circunscrito de la aracnoides y de la pia-madre, con induración de la médula (Charcot y Gombault). Pero, en los más de los casos, sin el auxilio del microscopio, no podría sospecharse la importancia de las lesiones que caracterizan las formas de las meningo-mielitis más comunes de la sífilis. Por esta razón, ha podido admitirse durante poco tiempo, que la paraplegia sífilítica, en su máximo de intensidad, existía algunas veces sin lesiones apreciables (Zambaco). A menudo se ha señalado, en verdad, la disminución de consistencia de la médula sin reblandecimiento completo en cierta extensión; otras veces, una induración limitada ó zonas de esclerosis difusa, apreciables á simple vista.

Las *alteraciones histológicas*, apreciadas en casos iguales, recaen sobre las meninges, los vasos nutricios de la médula y los mismos elementos nerviosos y difieren según la antigüedad de las lesiones. En las *formas recientes* ó en los puntos correspondientes á las fases de actividad del proceso y en un corte transversal que comprenda la médula y sus envolturas y se haya tratado por doble coloración, se aprecian por el microscopio las particularidades siguientes:

1.º La pia-madre engrosada, está muy infiltrada por pequeñas células redondas (fig. 146), diseminadas ó agrupadas en masas compactas; la infiltración celular se verifica principalmente rodeando los capilares, hasta tal punto, que estos se presentan en algunos sitios del corte como verdaderos nódulos embrionarios. Se ha señalado también la presencia de células gigantes en el espesor de estos nódulos (Lamy, Sottas). Hay algunas veces entre la médula y la pia-madre un exudado granuloso en unos sitios, reticulado en otros, que contiene algunas células semejantes á las que infiltran las meninges (Gilbert, Lyon). En la médula, la infiltración se propaga siguiendo el trayecto de las prolongaciones conjuntivas y de los vasos que manan de la pia-madre. Las masas celulares compactas que ocupan estos tractus vasculo-conjuntivos, presentan á menudo la forma de una cuña, de un triángulo en el que la base corresponde á la periferia. Los mismos elementos celulares se infiltran entre los

tubos nerviosos, y se les encuentra en los cortes transversales de capilares intra-medulares ocupando las vainas linfáticas. No es raro que algunos cortes practicados á través en el punto máximo de las alteraciones, demuestren una aglomeración celular compacta, que destruye todo un territorio de substancia medular y presenta todas las apariencias de un goma en miniatura.

2.º Hecho importante y que existe siempre: los vasos meníngicos de grueso calibre están interesados. Las alteraciones recaen sobre las *arterias* y sobre las *venas*. La importancia de estas lesiones no ha pasado inadvertida para los autores, cuya atención se ha dirigido á estudiar este punto (Leyden, Rumpf, Siemerling, Lancereaux, etc.), y hoy día se tiende á adjudicar á estas alteraciones vasculares un papel de primer orden en la sífilis de la médula. La concordancia de opiniones acerca de la especificidad de los caracteres anatómicos de estas lesiones no se ha verificado todavía, es cierto, pero las discusiones habidas sobre este particular no hacen más que reproducir aquéllas de

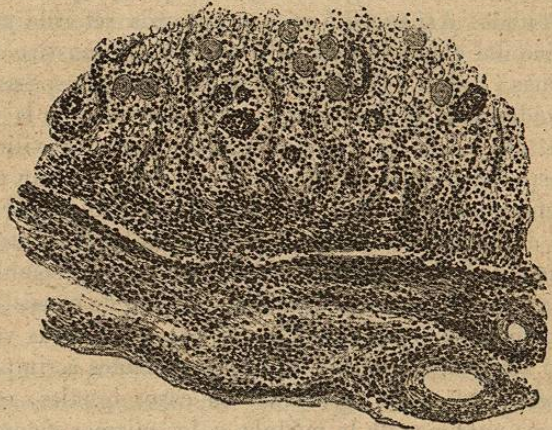


Fig. 146. — (Según Siemerling) — *Meningo-mielitis embryonaria*. Una parte de la periferia de la médula con la pia-madre adyacente, vistas en un corte trnsversal; infiltración de la pia-madre y de los tabiques conjuntivos que de ella parten por abundantes células redondas; destrucción de los elementos nerviosos en la periferia de la médula.

que ha sido causa la arteritis cerebral; y esto no nos debe detener. Como Lancereaux ha hecho observar muy justamente, la arteritis espinal es *circunscrita*; no existe, por ejemplo, más que en un segmento de la arteria espinal anterior.

Las modificaciones por parte de las *venas espinales* son más precoces y generalmente importantes (fig. 147). Greiff fue el primero (1882) que indicó las lesiones venosas en la sífilis de los centros nerviosos; después se han comprobado muchas veces. Por lo que se refiere á la médula espinal, la flebitis sífilítica se ha encontrado muy pronunciada en los exámenes anatómicos de Rumpf, Schmaus, Goldflam, Lamy, Sottas, etc.

3.º Las alteraciones de la *substancia medular* están la mayor parte de las veces limitadas á un *foco* que ocupa de preferencia las regiones medias de la médula; en otras ocasiones existen varios focos enfermos. Nunca, ni en ningún caso, las lesiones están uniformemente repartidas en todos los tramos de

la médula. El segmento medular interesado corresponde por lo común á los puntos en los que la infiltración embrionaria intersticial es más abundante y los de lesiones vasculares más acentuadas. Estas, como era fácil de prever, son esencialmente difusas, sin relación en su distribución con los diferentes sistemas de fibras nerviosas. Predominan en la periferia, próximas á la pia-madre, y también ocupan con preferencia las capas blancas. Se admite que los elementos de la médula están en estas lesiones sometidos á dos causas de destrucción: una la *compresión* que resulta de la proliferación celular, otra el reblandecimiento isquémico. Todas las formas de destrucción de las fibras medulares pueden ser observadas, sin que ninguna de ellas deba ser considerada como propia de la sífilis: tumefacción de los cilindros-ejes, que pierden su afinidad colorante por el carmín, transformación granulosa de los mismos, así como de la vaina de mielina que los envuelve, y finalmente, producción abundante de cuerpos celulares granulosos y de detritus de mielina. De una manera cons-

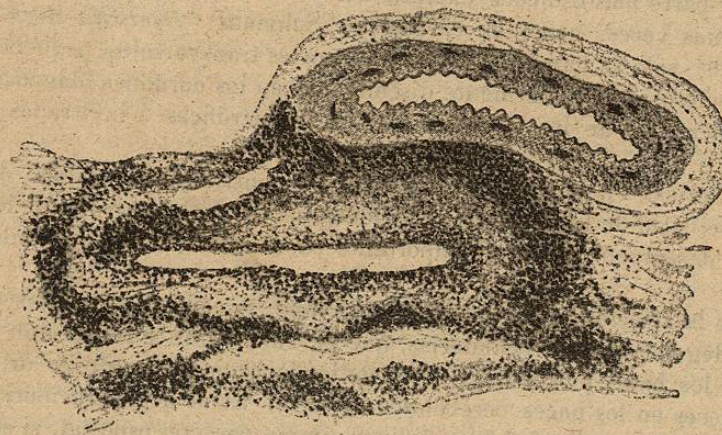


Fig. 147. — *Flebitis gomosa* (vena espinal). Corte transversal de la arteria y de la vena espinal anteriores, en un caso de meningo-mielitis sífilítica; la arteria está en estado normal.

tante, y sobre todo en los puntos en los que la lesión existe ya desde cierto tiempo, el tejido neuróglíco presenta en las inmediaciones de las zonas de infiltración un estado irritativo manifiesto, caracterizado por la hipertrofia de las fibrillas, la multiplicación de los núcleos, etc.

En la *substancia gris*, las modificaciones están en relación con la intensidad del proceso. En las formas ligeras, la infiltración queda limitada á la substancia de los cordones blancos; pero otras veces, la substancia gris es destruída parcialmente por una neoformación gomosa que marcha de la periferia hacia la médula (Siemerling). No es este, sin embargo, el modo de alteración más frecuente en estos casos. Las lesiones vasculares de la médula parecen, por el contrario, recaer de una manera preponderante sobre la columna gris de la misma. Las hemorragias intersticiales, los reblandecimientos isquémicos, las atrofas celulares (transformación globulosa, atrofas vítreas y granulosas), señaladas en un gran número de observaciones, deben, en efecto, ser

atribuidas, por lo general, á trastornos circulatorios, sobre todo teniendo en cuenta que existen independientes de toda irritación inflamatoria.

Las lesiones de que aquí tratamos, corresponden bastante exactamente á la *meningo-mielitis embrionaria difusa* de Gilbert y Lion, y se encuentran, preciso es reconocerlo, en las formas graves de la sífilis medular. No tenemos datos precisos acerca del substratum anatómico de los tipos clínicos más comunes, y aunque con fundamento podamos pensar que el proceso anatómico debe ser análogo al de los casos graves, es lo cierto que, sobre este punto, no tenemos todavía sino hipótesis (Erb).

En los casos muy antiguos, el foco de la lesión medular presenta un aspecto diferente. La médula, indurada, esclerosada, está en ocasiones deformada hasta tal punto, que en un corte transversal de ella no se sabría reconocer los vestigios de la configuración normal. Presentan el aspecto de un foco de *mielitis esclerosa difusa* que no tiene carácter especial. Es excepcional, sin embargo, que la lesión ocupe todo el espesor de la médula (Siemerling); y á menudo, una parte más ó menos extensa del corte conserva su estructura normal. Algunas veces, como en el caso de Schmaus (*Deutsch. Arch. f. Kl. Med.*, 1889), solo se han apreciado, en los cortes transversales, pequeñas manchas de esclerosis irregularmente diseminadas en los cordones blancos, orientadas en derredor de los vasos de paredes hipertróficas é infiltradas de núcleos.

Según Sottas (1), este proceso de esclerosis constituye un trabajo de reparación en el sitio de los focos de reblandecimiento, y el desarrollo de los vasos vasorum, desempeña un papel importante en el restablecimiento de la circulación.

Cuando la afección ha durado cierto tiempo, se comprueban lejos del foco enfermo degeneraciones secundarias, que se encuentran en dirección descendente, en los haces piramidales, y ascendiendo hacia los cordones de Goll, y algunas veces en los haces cerebelosos directos. Estas degeneraciones no tienen, desde el punto de vista histológico, ningún carácter especial, si se exceptua que á veces los vasos presentan una infiltración celular periférica un poco más acentuada que la habitual en los casos de degeneración no específica.

B) Arteritis medular sífilítica. — La *arteritis* no es más que una lesión accesoría en las meningo-mielitis específicas, ó, por el contrario, desempeña en ellas un papel de importancia, igual al de la arteritis cerebral. Lancereaux (2) es partidario de esta última manera de ver, para explicar cierto número de paraplegias sífilíticas desarrolladas rápidamente. La trombosis de la *arteria espinal anterior* tendría como consecuencia el reblandecimiento de la sustancia gris, á la cual está especialmente destinada.

Los experimentos bien conocidos de Panun y de Vulpian acerca de las embolias arteriales de la médula, pueden ser invocados como argumentos á este propósito, puesto que esos autores han podido producir de esta manera el reblandecimiento rojo de la columna gris. La mielitis aguda central de los sífilíticos, no sería, pues, según Lancereaux, sino una forma de reblandecimiento dependiente de la arteritis.

(1) Société de Biologie, 15 Abril 1893.

(2) Lancereaux, Leçons de clinique médicale. Paris, 1892.

En apoyo de esta hipótesis que simplifica, preciso es reconocerlo, la interpretación de cierto número de casos, separados por algunos autores del cuadro de la sífilis medular (Ricord, Heubner), pueden encontrarse en la literatura médica algunos hechos, poco numerosos todavía hoy, en los que las lesiones de los vasos nutricios de la médula existían sin participación importante de las meninges (Greiff, Rumpf, Moeller, Goldflam, Sottas). Estos hechos autorizan á separar del grupo de las meningo-mielitis sífilíticas una forma anatómica en relación con una evolución clínica, por lo general rápida, en la que las alteraciones de los vasos desempeñan un papel capital y pueden ser origen de lesiones necrobióticas de la médula, sobre todo de la sustancia gris. Esta forma se asemeja mucho á la mielitis aguda central, y se la podría designar provisionalmente con el nombre de *reblandecimiento medular* (Lancereaux), de mielo-malacia (Goldflam). Parécenos que la forma *hiperémica y necrobiótica* de Gilbert y Lion debe estar comprendida, en gran parte al menos, en esta categoría de hechos.

C) Gomas espinales. — Los *tumores gomosos* de la médula son lesiones muy raras, en comparación á las precedentes; y si bien han llamado la atención con anterioridad á estas últimas, no se conocen más que un pequeño número de observaciones á las cuales falta, para varios autores, la demostración histológica. El *goma solitario* de la médula es muy raro, y no existen, en total, más que cuatro ó cinco casos auténticos. Uno de los primeros pertenece á Mac-Dowell (1861): un tumor amarillento, esférico, del volumen de una judía, se encontró en la médula dorsal rodeado de una zona de tejido reblandecido y congestionado; la sífilis databa de dieciocho meses; existía además un testículo sífilítico. Wilks (1763), Rosenthal (1865), han observado igual lesión en la médula de sífilíticos que presentaban, además, gomas del hígado ó del cerebro. Recientemente Mouret (1893) ha publicado una observación, con examen histológico, de un goma voluminoso de la médula dorsal, en un sífilítico que había tenido ulceraciones específicas en las piernas.

Los *tumores gomosos simples* de la médula y de las meninges apenas si son más frecuentes. Moxon (1871) ha hecho conocer una observación interesante: la dura madre espinal y la médula, en la parte inferior, eran asiento de un gran número de pequeños tumores, cuyo volumen variaba desde un grano de mijo á un guisante. Cada uno de ellos presentaba al corte una zona periférica oscura compuesta de células, unas redondas, otras fusiformes, y una sustancia central amarillenta amorfa; análogas formaciones existían en los dos testículos. En la tesis de Lepetit (1878) se encuentra un hecho de este género. Jürgens (1885) ha publicado un caso semejante; tratábase de pequeños tumores, muy numerosos, desarrollados en las meninges, en los ligamentos dentados y de las raíces posteriores, y coincidían con gomas cerebrales. En fin, F. Pick (1893), en la autopsia de un hombre de cincuenta y ocho años, muerto un año después del accidente inicial, por fenómenos cerebrales graves, descubrió una verdadera erupción de *gomas miliares* en la cara interna de la dura madre espinal y en la aracnoides. Esta forma de lesión, muy excepcional en la sífilis, que recuerda y puede ser tomada por granulaciones miliares tuberculosas, ha sido señalada por otros autores (Lancereaux, Engelstedt).

SÍNTOMAS. — En el siglo último pasado se conocían las paraplegias acompa-

ñadas de incontinencia rectal y vesical y de impotencia sexual, susceptibles de ser curadas por las fricciones mercuriales (Honstef, 1833). J. Frank consideró la sífilis como una de las causas principales de la paraplegia. En las obras de Gros y Lancereaux, de Lagneau, en las Memorias de Zambaco, Ladreit de la Charrière, las observaciones referentes á la médula son numerosas. Ricord, por su parte, ha referido muchas.

Es incontestable que si en ciertas épocas se ha exagerado el papel de la sífilis como causa de enfermedades nerviosas, en otras, y por espíritu de reacción sin duda, no se la ha tenido en cuenta de un modo suficiente. En los tratados clásicos (Vulpian, Leyden, etc.), la sífilis medular ha sido englobada ciertamente, en una gran parte, en la descripción de las meningitis espinales crónicas, de las mielitis transversas ó de las mielitis agudas. La época contemporánea, teniendo presente que no se debe caer en las exageraciones pasadas, debe esforzarse en dar á la sífilis lo que le pertenece.

Actualmente existen todavía algunas lagunas por llenar para conseguir que concuerden las divisiones de la anatomía patológica y de la clínica, y teniendo cuidado de indicarlas según vayamos exponiendo, describiremos sucesivamente:

- A) La meningitis espinal y la meningo-mielitis sífilítica;
- B) La mielitis dorsal (paraplegia sífilítica común, parálisis espinal de Erb);
- C) La mielitis aguda (reblandecimiento medular sífilítico).

A) Meningitis espinal sífilítica. — Rara vez se la encuentra aislada; obsérvesela, sobre todo, como *fase inicial* de las afecciones medulares. Se halla limitada de ordinario á una parte del canal raquidiano, y, sobre todo, á la región cervical. Se presentan dolores violentos á lo largo del raquis, que se irradian hacia los hombros, los dos brazos, los lados del tórax que marcan el comienzo. Al mismo tiempo la columna vertebral *se pone rígida*, los movimientos del cuello son penosos, la presión y la percusión sobre las apófisis espinosas es dolorosa. Este conjunto sintomático, no *acompañado de fiebre*, debe hacer pensar en la meningitis sífilítica, que parece es la más común (Goldflam) de todas las meningitis crónicas raquidianas. Muy á menudo, los dolores tienen un carácter paroxístico, y vuelven periódicamente todas las tardes ó *todas las noches* á la manera de las cefaleas sífilíticas. En una lección clínica reciente (1893), Charcot insistía sobre la grande significación diagnóstica de esta *raquialgia sífilítica* (en la tesis de Lamy). Ya Lancereaux, en su *Tratado de la sífilis*, había dicho: «Uno de los más importantes síntomas, en los casos de alteración de las cubiertas, es una raquialgia localizada, intensa algunas veces, y más violenta por la noche». El dolor es en ocasiones terrible. Los enfermos le comparan á un hierro candente, á un gancho que atravesase las carnes. Es esta, ciertamente, una de las formas más dolorosas de la sífilis espinal, pero es también la más *favorable desde el punto de vista del pronóstico*, cuando se interviene á tiempo, esto es, antes de la aparición de los accidentes medulares (Goldflam y Lamy). La observación de Goldflam es por completo típica en este concepto. Un hombre de cuarenta años, vigoroso, es atacado bruscamente un mes después de haber contraído un chancro indurado, de violentos dolores en el cuello, los hombros y los miembros superiores. Los movimientos eran

imposibles y existía una gran hiperestesia en el territorio del plexo braquial. La curación fue completa después del empleo de 24 fricciones mercuriales.

En algunos casos menos felices ó no tratados, la meningitis va acompañada de fenómenos parésicos de las extremidades, y de atrofia muscular de *origen neurítico radicular* con trastornos tróficos, piel lisa, hormigueos, etc. La curación puede también obtenerse, si el tratamiento se instituye antes que la atrofia sea completa, y las reacciones eléctricas de los músculos se alteren (Lamy). Hemos visto que la paraplegia cervical podía ser la consecuencia de una paquimeningitis, consecutiva á la caries sífilítica de las vértebras (Virchow, Darier). La sífilis produce, en este caso, un *complexus sintomático*, muy análogo al de la *paquimeningitis cervical hipertrófica* de Charcot y Joffroy.

Meningo-mielitis. — Comunemente, la meningitis espinal va seguida en breve plazo de parálisis, de trastornos vesicales en relación con la invasión de la médula; y de este modo, constituye la fase prodrómica de la meningo-mielitis sífilítica (Heubner). Ocurre á menudo, por otra parte, que los accidentes del principio son á la vez espinales y cerebrales, pudiendo estos últimos atenuarse después. Así se ve que las cefaleas, los trastornos de la visión inauguran la serie de complicaciones nerviosas de la sífilis, para localizarse luego la enfermedad definitivamente en la médula. Un gran número de observaciones indican de un modo muy claro, esta marcha descendente de la sífilis en los centros nerviosos (Jürgens).

La aparición de las *parálisis*, se anuncia habitualmente por hormigueos y sensaciones de adormecimientos en las extremidades, debilidades pasajeras, sobre todo en los miembros inferiores, y en fin, por *trastornos de los esfínteres*. Debe notarse que estos últimos aparecen siempre pronto en un grado cualquiera, precediendo algunas veces varios días á la parálisis.

Esta se produce á menudo con una gran rapidez, hecho que ha sido ya señalado por Heubner. En pocos días y aun en pocas horas, se constituye la parálisis.

Respecto á si este principio rápido es más ó menos frecuente en las formas graves, hay que decir que no existe una regla constante.

El tipo habitual es la *paraplegia*. En más de cuarenta observaciones, Gilbert y Lion sólo han encontrado cinco con trastornos de la motilidad en los miembros superiores. Esta paraplegia, muy variable en su intensidad, no es nunca absoluta, y aun en aquellos casos en los que es bastante grave para impedir la marcha, los movimientos activos no desaparecen por completo. Regla general, la parálisis predomina en un miembro.

Constantemente, la *sensibilidad* está más ó menos alterada en los miembros paralizados, en una ó varias de las formas de la sensibilidad. Se ha comprobado hipo-estesia, una perversión de la termo-estesia, errores en las sensaciones de la localización, etc. Muy rara vez, existe anestesia absoluta, y de un modo general, puede decirse que los trastornos sensitivos no están en proporción de los trastornos motores. Estas anomalías objetivas de la sensibilidad, se encuentran más acentuadas en el lado opuesto al de los fenómenos paralíticos más acentuados. Al comprobar dicho estado, se está en presencia de un esbozo más ó menos acabado del *síndrome de Brown-Séguar*.

La parálisis en su origen es generalmente flácida, y, por tanto, es muy co-