

mún encontrar desde el principio los reflejos tendinosos de la rodilla aumentados, con ó sin trepidación epileptoide del pie. En todos los casos, los fenómenos de contractura no dejan de producirse, y á menudo, en breve plazo.

Los trastornos de los *esfínteres* y la *impotencia genital* son síntomas constantes. El tipo más común es el de la incontinencia de orina, acompañada de estreñimiento. La parálisis completa del esfínter anal, apenas se encuentra más que en las variedades graves.

Las masas musculares conservan generalmente su volumen, y las reacciones eléctricas no se alteran. Se ha señalado, sin embargo, la atrofia y la inexcitabilidad de los músculos (Lancereaux). Aun sin estar interesados los miembros superiores por la parálisis, á menudo se observa la exageración de los reflejos tendinosos de los codos y de las muñecas (P. Marie).

*Marcha.—Terminación.*—Este conjunto sintomático reproduce casi exactamente el cuadro tan conocido de la *mielitis transversa* vulgar. Se ha trabajado para encontrar en la evolución ulterior de la enfermedad particularidades dependientes de su naturaleza específica.

La *influencia del tratamiento* es á veces muy marcada cuando aquél se instituye pronto. Desde luego, tiene por efecto la desaparición de la raquialgia y de los dolores circulares antes citados. En los casos felices, los trastornos paráliticos disminuyen, pero mucho más lentamente que los dolorosos. Se han obtenido curaciones completas en el espacio de algunas semanas; otras veces sólo después de varios meses. Pero es preciso reconocer que esta terminación favorable no es la regla. Tanto como el tratamiento específico tiene de eficaz en las manifestaciones meningíticas del principio, otro tanto es su acción incompleta y dudosa, la mayoría de las veces, en las parálisis medulares confirmadas. Por otra parte, el juicio formado por los resultados del tratamiento no puede tener aquí un valor absoluto, porque se sabe que ciertas *mielitis* graves, no sifilíticas, y que presentan grandes analogías clínicas con las sifilíticas, pueden curar espontáneamente.

Las *variaciones de intensidad*, presentadas por los síntomas paráliticos, han parecido á ciertos autores características de la sífilis, en el sentido de que dichas variaciones encajan bien con las del proceso de infiltración demostrada por la anatomía patológica (Oppenheim). En efecto, las paraplegias presentan á menudo en su marcha cambios notables.

La fuerza muscular puede variar, por decirlo así, de un día á otro en un miembro paralizado. Después de un período de mejoría, la raquialgia puede aparecer de nuevo, acompañada de debilidad muscular. Siemerling ha observado *oscilaciones* notables en el estado de los *reflejos rotulianos*, que exagerados un día, desaparecían al siguiente, para aparecer en seguida nuevamente.

Por otra parte, no hay duda que el tratamiento específico, que raras veces produce una curación completa, no tiene influencia preponderante sobre estas modificaciones, que cesan de producirse cuando la afección data de varios meses y la contractura espasmódica se ha establecido definitivamente.

Como quiera que sea, y en una proporción que equivale por lo menos á las tres cuartas partes de los casos, la afección pasa al estado crónico en forma de *paraplegia espasmódica*, acompañada de trastornos de la micción.

La *meningo-mielitis sifilítica* conduce, en los casos más comunes, á una en-

fermedad incurable, compatible con la existencia; pero á veces termina por la muerte. Las escaras por decúbito que se observan en las formas graves y la infección de las vías urinarias, son por lo general las complicaciones últimas, por las cuales los enfermos sucumben, en ocasiones después de una serie de mejorías y recaídas sucesivas y al cabo de un tiempo relativamente largo (tres años en un caso de Lancereaux).

*Variaciones.*—El tipo clínico precedente, que corresponde al de la *mielitis transversa dorsal*, no es el solo observado, pero sí el más frecuente. La observación clásica de Charcot y Gombault (*Archivos de fisiología*, 1873) se asemeja clínicamente á un caso típico y completo del síndrome de Brown-Séquard (*hemiparaplegia espinal con hemianestesia cruzada*). Armstrong (*Medical Record*, 1892) ha dado á conocer un caso análogo: pronoplegia crural completa, acompañada de anestesia en el miembro opuesto, sobrevenida dos años después del chanero, y que curó. Nosotros hemos señalado la existencia habitual en un grado cualquiera de este esbozo sindrómico; pero es raro que se complete en absoluto en la sífilis. Más rara vez aún, la parálisis aparece en la forma de *hemiplegia espinal* de tipo superior (Gilles de la Tourette, Intheselami). Finalmente, es excepcional que la *meningo-mielitis específica* dé origen á una parálisis de los cuatro miembros (Weidner, Büttersack). Se suele notar solo una debilidad pasajera de los miembros superiores, cierto grado de tirantez y dificultad en los movimientos.

Ciertas *atrofias musculares de marcha progresiva*, que recuerdan la *poliomielitis anterior sub-aguda ó crónica*, han sido indicadas como complicaciones de la sífilis (Dejerine, Schultze, etc.). Raymond (1), en un caso análogo, ha comprobado lesiones de *meningo-mielitis vascular difusa* que habían interesado secundariamente los cuernos anteriores. Estos hechos son todavía escasos, para permitir conocer en qué proporción deben ser atribuidos á la sífilis.

*B) Mielitis dorsal.—Parálisis espinal sifilítica de Erb.*—La clínica nos presenta á menudo la paraplegia desarrollada en los sifilíticos en una forma que se separa de la precedente por dos caracteres principales. En primer lugar, porque las manifestaciones precursoras que hemos considerado como dependientes de la meningitis espinal faltan, y parece que la médula es interesada primitivamente. Por otra parte, el desarrollo de la enfermedad es lento y progresivo, y aparece más como un estado espasmódico de los miembros inferiores, que como una paraplegia motora, en el sentido exacto de la palabra. Su pronóstico *quoad vitam* es siempre benigno. El profesor Erb, en una nota publicada no ha mucho tiempo (*Neurolog. Centralblatt*, 1891), llama la atención acerca de estas formas comunes de paraplegias sifilíticas, á las cuales propone se reserve el nombre de *parálisis espinal sifilítica*.

He aquí, según dicho autor, el cuadro clínico de esta afección, en sus grandes líneas por lo menos. Comienza la enfermedad en una época poco lejana del accidente inicial, algunas veces en el primer año de la infección; la mayor parte de los casos se observan en el curso de los tres primeros años. En 23 casos personales, Erb ha observado esta complicación solo cuatro veces después del noveno año.

(1) Société médicale des hôpitaux, 3 Febrero 1893.

La enfermedad se desarrolla progresivamente en el curso de varias semanas á varios meses y aún de varios años. Se anuncia por ligeros dolores, por adormecimientos en los miembros inferiores, por sensación de fatiga, de quebrantamiento en las piernas, síntomas que van acompañados de debilidad pasajera. Los fenómenos más importantes en este período, se observan en la vejiga. La debilidad del esfínter vesical se nota casi siempre desde el principio. En algunos casos existe aislada durante largo tiempo y puede hacer creer que sólo se trata de una afección urinaria.

Más tarde aparece un síntoma nuevo, al principio de un modo transitorio, y es la *rigidez espasmódica* de los miembros inferiores, que aparece evidentemente en una marcha un poco larga. Después, esta rigidez se establece definitivamente y el enfermo presenta el cuadro completo de la marcha espasmódica. En reposo la *tonicidad permanente de los músculos no está por lo general en relación con el grado aparente de espasmo en la marcha*. Pero, por el contrario, los reflejos rotulianos están exaltados en el más alto grado y con facilidad se provoca una trepidación epileptóidea del pie muy intensa. Erb ve en esto una oposición bastante particular y una como contradicción entre el estado de los reflejos, por una parte, y la flacidez relativa de los músculos, por otra.

La *fuerza muscular* de los miembros inferiores es generalmente considerable, tanta, que la facultad de la marcha debe ser considerada, más bien como una consecuencia del espasmo, que de una parálisis propiamente hablando. En algunos casos existe una debilidad muscular más ó menos pronunciada, pero sólo pasajera, y nunca los enfermos quedan en la cama de un modo definitivo.

Objetivamente la sensibilidad es á menudo normal, pero puede existir también una ligera hiperestesia en una región limitada del pie ó de la pierna, que no interese más que ésta ó la otra forma de la sensibilidad. Por el contrario, los trastornos subjetivos son constantes, bajo la forma de adormecimientos ó de hormigueos en las extremidades.

Las escaras por decúbito, la atrofia muscular y las anomalías en la excitabilidad eléctrica, faltan siempre. Los miembros superiores quedan indemnes; las parálisis en el territorio de los nervios craneales no se observan generalmente y las funciones intelectuales son normales.

La parálisis espinal sífilítica tiende á mejorarse con el tiempo y bajo la influencia de una terapéutica enérgica, en cerca de la mitad de los casos (Erb). Puede obtenerse la curación completa, con restablecimiento de las funciones genitales y desaparición de los trastornos urinarios. A menudo también la enfermedad permanece estacionaria, á pesar del tratamiento.

La anatomía patológica no ha consagrado todavía la autonomía del tipo clínico que el profesor Erb ha intentado separar de las otras formas de sífilis medular. Hay motivo para admitir, sin embargo, que la *parálisis espinal sífilítica* se relaciona con el proceso meningo-vascular habitual. Por otra parte, no es dudoso que el síndrome en cuestión, á menudo no sea más que el resto de una meningo-mielitis anterior, cuyos síntomas se han reducido, bajo la influencia del tratamiento. Así ha parecido á ciertos autores, que no la consideran un tipo morboso distinto, sino un estado de evolución de la sífilis medular (Lamy, Oppenheim).

C) Mielitis agudas (reblandecimiento medular sífilítico. — Sólo desde una

fecha relativamente reciente, es cuando estas mielitis graves han tomado el lugar que les corresponde de derecho en la historia de las complicaciones nerviosas de la sífilis. Durante largo tiempo, los observadores no se han decidido á considerar como lesiones sífilíticas, las inflamaciones y los reblandecimientos agudos de la médula. Se admitían las paraplegias crónicas, debidas á exostosis y á tumores gomosos, pero las mielitis agudas eran consideradas como complicaciones accidentales y su aparición frecuente en los primeros períodos de la infección específica contribuyó sobre todo á hacerlas excluir del dominio de la sífilis, hasta la época en que dejó de considerarse á las localizaciones viscerales de la sífilis, como patrimonio exclusivo de la sífilis tardía. Broadbent refiere á este propósito, que en 1859, Ricord y Trousseau observaron en París dos jóvenes que, en pleno período secundario, tuvieron una paraplegia rápidamente mortal. La autopsia demostró en los dos casos una inflamación general de la médula que además estaba reblandecida. Ricord no se atrevió á hacer el diagnóstico de mielitis sífilítica, aunque había visto casos semejantes. En 1874, el profesor Hayem, publicó dos observaciones notables de mielitis central aguda, en las que se hizo un examen histológico muy detallado. Uno de sus enfermos tenía una erupción, casi seguramente sífilítica, y el autor hizo notar la influencia posible de la sífilis. Julliard observó dos mielitis agudas en sífilíticos (1879), y el examen histológico hecho por Pierret, demostró la naturaleza específica de la enfermedad en los dos casos. Poco después se publicaron las dos observaciones de Dejerine (*Revue de Médecine*, 1884); más tarde las observaciones se multiplicaron en todas partes (Gilbert y Lion, Baudouin, Siemerling, Lamy, Goldflam, Sotta, etc.), y los exámenes histológicos más perfectos demostraron la presencia de lesiones específicas en los vasos ó de infiltraciones gomosas difusas. A decir verdad, el acuerdo, sin embargo, no es unánime sobre este punto hoy día. Erb se pregunta, si las paraplegias graves, de marcha rápida, que van acompañadas de anestesia profunda y de escaras por decúbito, dependerán de la sífilis. Joffroy (1) reconoce que la sífilis no es rara entre los antecedentes de individuos atacados de mielitis aguda, pero declara que los caracteres anatómicos, hasta aquí señalados son insuficientes para probar su naturaleza específica. Es posible, dice, que la sífilis sea solo una causa predisponente, y sobre este asunto podría entablarse una discusión análoga á la de que ha sido objeto la tabes.

Igualmente que las formas crónicas antes descritas, estas mielitis agudas evolucionan muy á menudo bajo *forma paraplégica*. El *principio es rápido* y aún puede verificarse de una manera *repentina*. Apenas si se encuentran prodromos que anuncien la paraplegia que va á sobrevenir en breve plazo: adormecimiento, pesadez en los miembros inferiores, fenómenos que, según Lance-reaux, revelarían el estado de la isquemia de la médula. Algunas veces, el primer accidente es un trastorno de la vejiga, y se ha visto comenzar la enfermedad por una retención de orina, durante cuarenta y ocho horas, sin ningún otro síntoma (Souques, *in thèse*, Lamy). La paraplegia se hace absoluta en pocas horas; en ocasiones es súbita, *apoplectiforme*, como en la hemato-mielia, el enfermo cae sin pérdida de conocimiento.

(1) Leçon clinique faite à la Salpêtrière en 1892 (inédite).  
TRATADO DE MEDICINA. — TOMO VI.

En la mayoría de las observaciones se hace mención de trastornos de la *sensibilidad*, mucho más importantes que las formas crónicas de paraplegias sífilíticas. La *anestesia* puede ser completa en los miembros inferiores y en la parte inferior del tronco; á veces aparece en un solo lado, más ó menos completa. La *excitabilidad eléctrica* de los músculos paralizados puede estar extinguida (Dejerine) ó muy disminuída (Julliard), pero sobre esto no hay regla fija. Los *reflejos tendinosos*, considerablemente disminuídos ó perdidos en los primeros días, pueden reaparecer y exaltarse después, pero otras veces permanecen extinguidos hasta el fin y los músculos á la palpación presentan una flacidez completa.

Constantemente *la vejiga y el recto están paralizados*. La inercia vesical, da lugar á la retención ó á la falsa incontinencia de la micción por rebosamiento, y el cateterismo, á menudo necesario, es origen de accidentes infecciosos temibles que pueden ser provocados con la mayor facilidad. Pero, lo que da ante todo á esta variedad de parálisis sífilítica un carácter de gran gravedad, es la aparición precoz de vastas *escaras por decúbito* que ocupan no solo la región del sacro, sino también las nalgas, los trocánteres, los talones, las rodillas, etc.

El *pronóstico* es fatal en la inmensa mayoría de casos.

La muerte sobreviene, por término medio, en el espacio de cuatro á ocho semanas, algunas veces mucho más pronto (ocho días, Dejerine; tres días, Sottas). El tratamiento específico parece que no modifica en nada la evolución de la enfermedad.

**DIAGNÓSTICO.**—Las localizaciones espinales de la sífilis distan mucho de ofrecer en el concepto clínico tantas particularidades útiles para el diagnóstico como las complicaciones sífilíticas cerebrales; hasta tal punto que, en la mayor parte de los casos, la naturaleza de la enfermedad no se decide sino por el conocimiento positivo de antecedentes específicos. Estos hemos visto son, por otra parte, generalmente muy poco antiguos.

En ciertas formas existe una *fase prodrómica* cuya significación es casi igual á la del período precursor de los accidentes encefálicos. Son estas formas aquellas que tienen una localización meníngea inicial, y hemos indicado la importancia que respecto á este punto tienen las *raquialgias nocturnas*. Pero, en un gran número de casos, estos prodromos faltan ó son poco significativos (formas agudas, parálisis espinal de Erb).

En el período de las parálisis, el cuadro clínico recuerda, bajo muchos aspectos, ciertas afecciones espinales que evolucionan en forma paraplégica. En la práctica, las dificultades de diagnóstico diferencial se refieren, sobre todo, á la *mielitis transversa común*, á la *tabes dorsal espasmódica* del adulto en las formas crónicas; y á la *central aguda* en las formas rápidas.

La sífilis puede presentar por completo el conjunto sintomático de la *mielitis transversa*; los caracteres particulares asignados á la *mielitis transversa sífilítica* distan mucho de tener un valor decisivo: las alternativas de la afección, las variaciones en la intensidad en los fenómenos paralíticos y las modificaciones producidas por el tratamiento específico. La *coexistencia de accidentes cerebrales*, por ligeros que sean, es, por el contrario, un elemento preciso de diagnóstico en estos casos (cefaleas, parálisis oculares, etc.).

La misma consideración se aplica á las paraplegias crónicas que simulan la

*tabes dorsal espasmódica*. Por otra parte, las paraplegias de la sífilis tienen además por carácter distintivo, la existencia constante, en un momento dado, de trastornos de la sensibilidad y parálisis de los esfínteres con impotencia genital, en un grado cualquiera. Las mismas particularidades evitarán confundir la sífilis medular con las formas frustradas de la *esclerosis en placas* que pueden representarse, al principio, por una paraplegia espasmódica simple.

En las formas agudas, cuando faltan los prodromos, como á menudo sucede, cuando no existe al mismo tiempo la más ligera manifestación por parte del encéfalo, no hay hasta aquí otra circunstancia á qué atenerse que la del conocimiento de los antecedentes, lo que permite diferenciar la *mielitis sífilítica* de otras variedades de *mielitis agudas*. Conviene añadir que, en la mayor parte de los casos, estas complicaciones perniciosas de la sífilis son precoces y que á veces sobrevienen aun durante el curso de los accidentes secundarios.

#### Formas cerebro-espinales.

Los casos en los cuales la sífilis se localiza á la vez en la médula y en el encéfalo son mucho más numerosos que lo que la clínica permitía suponer. Se ha dicho que la sífilis de los centros nerviosos era casi siempre una enfermedad *cerebro-espinal*, y la anatomía patológica demuestra que así puede ser, aun cuando los síntomas observados parezcan solo debidos á una afección del cerebro ó de la médula. Los más comunes entre los hechos de este género, son aquellos en los que los accidentes cerebrales representan la parte principal y enmascaran por su importancia los fenómenos medulares. Así, en un caso referido por Siemerling (1), la enfermedad estuvo caracterizada por hemiplegia izquierda, ataques convulsivos y hemianopsia, en representación de unas muy extensas lesiones cerebrales que la autopsia demostró; sólo una paresia del miembro inferior daba derecho á suponer que la médula había estado interesada. Ahora bien, ésta era el sitio de lesiones profundas (infiltraciones meníngeas y vasculares, focos gomosos múltiples). En otro caso del mismo autor, el cuadro clínico era el de una paraplegia simple, de evolución rápida; pero la autopsia demostró que las arterias de la base del cerebro estaban alteradas.

Clínicamente, las formas caracterizadas de *sífilis cerebro-espinal* evolucionan de un modo diferente, según que la médula y el cerebro estén interesados al mismo tiempo ó por lo menos en un mismo período de la enfermedad ó según que un intervalo más ó menos largo separa los dos órdenes de manifestaciones. Los casos de la primera categoría son los más comunes. Los accidentes cerebrales son los primeros que aparecen. Estos pueden, por otra parte, ser muy variados (cefaleas, parálisis oculares, hemiplegias, ataques convulsivos, estado comatoso, etc.). Después, la participación de la médula se revela por la aparición de una paraplegia, con parálisis de los esfínteres, por ejemplo. La invasión de los centros nerviosos se verifica á menudo en estos casos siguiendo una marcha descendente. La anatomía patológica nos enseña que el substra-

(1) Arch. f. Psychiatrie, Bd. XXII, H. 1.

tum de este tipo clínico es muy á menudo la *meningitis cerebro-espinal sífilítica*, y en particular la variedad que tiene su punto de partida en la base del encéfalo. Otras veces se trata de lesiones gomosas diseminadas, como al acaso, sobre un gran número de puntos del eje nervioso.

Más rara vez, la sífilis ataca la médula desde el principio y los accidentes cerebrales no aparecen sino después de muchos meses ó muchos años (Charcot y Gombault). Nosotros hemos sido testigos de esta sucesión de accidentes en un sólo caso. Una mujer, probadamente sífilítica, tuvo desde luego una paraplegia que desapareció casi por completo, después de varios meses. Ocho años más tarde, se presentaron accidentes encefálicos de muchísima gravedad (parálisis oculares, ictus apoplectiformes, trastornos mentales).

*Pseudo-tabes sífilítica.* — En un pequeño número de casos, la sífilis cerebro-espinal engendra un cuadro clínico más ó menos análogo al de la *tabes atáxica*: parálisis oculares, dolores irradiados, trastornos vesicales, incoordinación en la marcha. Generalmente, un examen atento permite hacer aparecer ciertas particularidades que no se encuentran en la *tabes*. Así, en una observación debida á Fournier y á Dieulafoy (1890), que estos autores, por otra parte, han tenido cuidado de titular «accidentes cerebro-espinales de forma tabética», se hace mención de una *paresia gradual de los miembros inferiores* y de dolores que no presentaban el tipo fulgurante: solo la abolición del reflejo rotuliano y cierto grado de incoordinación en la marcha eran los síntomas que daban á la enfermedad una falsa apariencia de *tabes*. La misma consideración se aplica á una observación parecida de Méplain (*Ann. Dermatol.*, 1885).

La analogía entre las dos afecciones aparece algunas veces mucho más grande. Se han publicado en estos últimos años, en Alemania, algunos hechos en los cuales el diagnóstico de verdadera *tabes*, hecho durante la vida de los enfermos, ha sido confirmado por el examen anatómico, que reveló la existencia de lesiones sífilíticas perfectamente caracterizadas de los centros nerviosos (Oppenheim, 1888; Eisenlohr, 1889; Brasch, 1891). El cuadro clínico no ha dejado de tener, por lo demás, algunas *anomalías* de tal naturaleza, que no hagan dudar del diagnóstico hecho. En la observación de Brasch, el enfermo presentó trastornos mentales; en la de Oppenheim, el tratamiento específico produjo una mejoría considerable y la abolición de los reflejos de la rodilla fue sustituida, en los últimos tiempos de la vida, por una exageración notable de los mismos, con marcha espasmódica y trepidación epileptóidea del pie. Gajkiewicz ha dado á conocer una observación semejante.

Según las conclusiones de Oppenheim, se debe pensar en una pseudo-*tabes* específica cuando, bajo la influencia del tratamiento antisifilítico, se observe una mejoría bien evidente de la enfermedad, y el tratamiento específico está indicado cuando hay antecedentes sífilíticos y la *tabes* sea atípica por una cosa ó por otra. Como quiera que sea, trátase de hechos de la mayor rareza, y debe admitirse, en tesis general, que la sífilis de los centros nerviosos no presenta el aspecto clínico de las afecciones sistematizadas.

#### Etiología de la sífilis de los centros nerviosos.

Se admite por lo general hoy, que la aparición de accidentes cerebrales en un sífilítico no tiene relación con la gravedad de los primeros accidentes de la infección. Las complicaciones cerebrales son aún más frecuentemente observadas en las formas ligeras al principio (Broadbent) ó de mediana gravedad (Fournier). En la sífilis medular la etiología es algo diferente (Gilbert y Lion), porque las formas graves del principio se encuentran en una proporción bastante elevada. Bajo otro aspecto, son en todos los casos importantes las condiciones etiológicas inherentes al mismo enfermo. Los excesos de todo género, el cansancio intelectual, los pesares, y en primera línea la predisposición neuropática, son circunstancias eminentemente apropiadas para producir las localizaciones encefálicas de la sífilis. Y esto es, sobre todo, lo que hace el pronóstico de la sífilis tan sombrío y tan incierto en los *cerebrales* y en los individuos que llevan una vida intelectual activa.

La influencia de las causas predisponentes ha sido menos á menudo apreciada, en lo que se refiere á la sífilis de la médula. La fatiga física, las marchas forzadas, los excesos venéreos, el frío, pueden desempeñar el papel de causas determinantes.

Los casos más numerosos de sífilis cerebro-espinal se observan en el *hombre* y en la edad *adulta*. Pero Leudet (1) ha visto accidentes cerebrales graves en dos viejos, tres meses después del principio de una sífilis por la vacuna.

La sífilis ataca los centros nerviosos en *cualquiera de sus períodos de evolución*. Considerados otras veces los accidentes cerebro-medulares como el patrimonio exclusivo de la sífilis terciaria, se sabe hoy que pueden aparecer en pleno período secundario: un año, seis meses, tres meses después de la aparición del chancro indurado; ó bien, por el contrario, un intervalo muy largo, veinte años y más (Fournier), los separa de las primeras manifestaciones cutáneas. Estas complicaciones *precoces* y *tardías*, que á menudo se oponen unas á otras, ¿presentan, en efecto, diferencias importantes, independientemente de toda consideración cronológica?

Las lesiones precoces, dice Lancereaux, tienen por carácter distintivo ser *superficiales* y *difusas*; son las más de las veces procesos meningíticos. Las lesiones tardías son *profundas* y *circunscritas*, como por ejemplo, la arteritis y la encefalitis gomosa. Esta distinción debe ser admitida sólo en un sentido más general, y no considerándola, sin embargo, como más absoluta que la división de la sífilis en tres períodos. Se puede ver al «terciarismo» adelantarse á la época ordinaria de su aparición. La arteritis sífilítica ha sido comprobada en la autopsia, al octavo mes de la sífilis (Braul). ¿No ha visto Kahler un reblandecimiento de la protuberancia por trombosis arterial, de origen gomoso, en un individuo que tenía todavía el chancro indurado cuando murió? Por el contra-

(1) Leudet, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874, p. 341 et 344.