

gun los casos los baños simples, alcalinos, sulfurosos, de sublimado y las fumigaciones de cinabrio.

La medicación termal puede prestar grandes servicios en el tratamiento de la sífilis, sobre todo cuando hay erupciones. Por lo común se debe dar la preferencia á las aguas minerales sulfurosas y entre estas ocupa el primer lugar Bareges, siguiéndoles Bagnères-de-Luchon, Uriage, Aix, etc. Bajo la influencia del tratamiento termal se produce muchas veces una excitación vigorosa en la piel, al mismo tiempo que las funciones viscerales se desempeñan con más energía y se mejora la constitución en general.

25. PLACAS MUCOSAS.—(*Accidentes secundarios de las mucosas*).

§ I.—Sinonimia.

Se han dado diferentes nombres á estas manifestaciones sífilíticas de las membranas mucosas: se las ha llamado *pústulas planas*, *tubérculos mucosos*, *sífilide papulosa húmeda*, *exantema de las mucosas*, *tubérculo plano* y *pápula* ó *pústula mucosa*.

§ II.—Naturaleza de la enfermedad y formas.

Se han interpretado de diversas maneras estas lesiones sífilíticas y algunos autores han visto en ellas el principio de la sífilis, opinión errónea, puesto que está demostrado que toda sífilis empieza por un chancro. Lo que ha podido animar á los autores que sostuvieron esta opinión, es que por una parte la placa mucosa, accidente secundario, es muy contagiosa y trasmite fácilmente la sífilis, y que por otra el chancro de las mucosas se transforma *in situ* muchas veces en una placa mucosa, principalmente en las mujeres. De ahí ha nacido una confusión que perjudicó á los progresos de la sífilis experimental, pero que se ha disipado enteramente hoy día que la inoculación de los accidentes secundarios es un hecho.

Segun Legendre y Bazin, la placa mucosa no es una lesión de las mucosas solas, sino que podría interesar la piel, afectando ciertas formas descritas con el nombre de *sífilide papulosa* ó *pustulosa*. Muchos autores han considerado las placas mucosas como ulceraciones y otros han querido asimilar las manifestaciones mucosas de la sífilis á las erupciones cutáneas; en efecto, el eritema, la pústula y la pápula pueden encontrarse en las mucosas. No se puede negar que hay alguna analogía entre las manifestaciones cutáneas y las mucosas de la sífilis, sea que bajo una misma influencia diatésica tengan todos los tejidos tendencia á engendrar productos morbosos análogos, sea que la constitución anatómica de estos tejidos determine lesiones comparables á causa misma de la analogía de su estructura. Bau-

més (1) ha descrito el exantema y las pápulas, la forma escamosa y las formas ulcerosas de las erupciones sífilíticas de las membranas mucosas. Ricord y Bassereau admiten un eritema pasajero de las mucosas que acompaña al exantema sífilítico precoz. Pillon (2) describió los exantemas sífilíticos de la piel y de las membranas mucosas, y Melchor Robert (3) ha consagrado un capítulo especial á estas erupciones de las mucosas.

Eritema.—El eritema ó exantema de la garganta se ha observado las más veces al principio de la sífilis. Se nos manifiesta bajo el aspecto de una rubicundez uniforme que ocupa el velo del paladar, la úbula y las amígdalas con sensación de escozor y sequedad, y en el mayor número de casos sin erosión. Algunas veces este exantema se produce por puntos aislados, como la roseola misma, cuyas manchas en seguida pueden hacerse papulosas y ulcerarse. Cullerier admite un eritema tardío con estado glanuloso. Martellière describió (4) manchas del velo del paladar, que se descaman y parecen á la psoriasis. Gubler observó la *coriza sífilítica* al principio de la sífilis secundaria, cuya coriza producía una secreción muy abundante, dando lugar á creer que en semejante caso existe un eritema de la mucosa nasal.

Cullerier opina que existe una *enteritis sífilítica*, principalmente en los niños.

Forma papulosa.—La *placa mucosa* consiste en una prominencia blanda, redondeada, que empieza por una rubicundez seguida de elevación del epitelium. Los bordes de la placa mucosa están elevados algunas veces, se destacan claramente y otras se confunden con los tejidos inmediatos. Su color es variable, ya rosado y confundiendo con el color de las mucosas, ya de un rojo intenso ó violado, ó bien se cubren también de una película blanquecina ó de un barniz pultáceo; jamás afectan el color cobrizo y son secas ó húmedas. Su aparición puede favorecerse por algunas circunstancias locales, tales como la humedad de la región, la presencia de productos de excreciones ácras y el contacto habitual de las superficies.

§ III.—Sitio.

Las partes que con mayor frecuencia se afectan de placas mucosas, son la vulva, el ano, el pliegue génito-crural, las bolsas, el pene, las amígdalas, la faringe, las comisuras bucales, los labios y el ombligo, etc. Son más frecuentes en las mujeres y en los niños, y Hardy cita también el temperamento linfático como una causa pre-

(1) Baumès, *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes*, 1840.

(2) Pillon, *Des exanthèmes syphilitiques*. París, 1857.

(3) Melchor Robert, *Traité des maladies vénériennes*. París, 1861.

(4) Martellière, *De l'angine syphilitique*, thèse. París, 1854.

disponente á las placas mucosas. Hé aquí dos estadísticas que indican el sitio habitual de las placas mucosas.

Deville y Davasse (1) que observaron 186 mujeres han encontrado:

| | |
|--|-----|
| Vulva..... | 174 |
| Ano..... | 59 |
| Perineo..... | 40 |
| Gluteas y parte interna de los muslos..... | 38 |
| Amígdalas..... | 19 |
| Nariz..... | 8 |
| Lengua..... | 6 |
| Dedos de los pies..... | 5 |

Bassereau ha recogido las cifras siguientes en 443 hombres sífilíticos:

| | |
|--|-----|
| Ano..... | 110 |
| Amígdalas..... | 100 |
| Escroto..... | 66 |
| Boca y labios..... | 55 |
| Glande y prepucio..... | 28 |
| Velo del paladar..... | 27 |
| Lengua..... | 18 |
| Pilares del velo del paladar..... | 17 |
| Cara interna de los carrillos y de los labios..... | 11 |
| Espacios interdigitales..... | 11 |

También se encuentran placas mucosas en el ángulo interno del ojo, en el conducto auditivo, en los pezones y en el cuello del útero; escepcionalmente se las halla en otros puntos, como bajo la mama, en los pliegues del cuello, en la frente y en el cuero cabelludo.

El número de placas mucosas no es en general muy considerable, y en esto difieren de las erupciones sífilíticas de la piel. Por regla general están dispuestas en pequeño número en la misma region; pero también puede estar aislada, *solitaria*. Por lo común no existen como manifestación única de la sífilis, sino que van acompañadas de otros productos sífilíticos, principalmente de la sífilides.

La transformación *in situ* del chancro en placa mucosa es un hecho que ha sido indicado por Ricord y estudiado después con el mayor cuidado, en razón de la importancia que este hecho ha tomado relativamente á las diversas teorías sobre la inoculación de la sífilis.

(1) Davasse et Deville, *Archives générales de médecine*. París, 1845.—Davasse, *La syphilis, ses formes, son unité*. París, 1865.

Deville y Davasse (1) han estudiado este fenómeno y de ellos sacamos lo que sigue: «Cuando un chancro debe trasformarse en placa mucosa, lo que sucede ordinariamente de los quince á los cincuenta días de su existencia, parece entrar primero en el período de reparación, así es que su superficie de gris que era, se vuelve mamelonada y roja de la circunferencia al centro, de manera que este está todavía grisáceo y deprimido, mientras que aquella se halla ya de color rosado. Al mismo tiempo la aureola se hace más manifiesta y de un tinte más oscuro, se la ve ensanchar, ponerse tumefacta ligeramente y formar con la circunferencia del chancro un disco liso regular de una coloración violácea, sobresaliendo por encima de la piel. Marchando este fenómeno con la cicatrización del chancro, resulta un disco más saliente y más ancho, mientras que el centro no cicatrizado permanece deprimido, rojizo y algunas veces grisáceo, teniendo el aspecto verdaderamente chancroso. Algunas veces se ve según lo ha indicado Ricord, el borde recortado y el cerquillo, que existe en la circunferencia de la placa mucosa, cuya superficie toda está mamelonada y que indica el indicio de una ulceración precedente de la piel.

Por último, la elevación y la cicatrización continúan su marcha desapareciendo poco á poco los últimos indicios del chancro primitivo y resultando la eminencia granulosa, regular cubierta de la película membraniforme y que constituye la placa mucosa en el último término de su desarrollo. Esta transformación es mucho más frecuente en las mujeres que en el hombre.»

§ IV.—Diagnóstico.

El diagnóstico diferencial se deducirá de los signos que hemos ya indicado y que son propios del chancro indurado, *induración*, *adenopatía* indolente, etc.

§ V.—Curso.

El *curso* de las placas mucosas es lento. Forman anchas superficies vegetantes, que han merecido el nombre de *placas*; y son agrietadas, irregulares, las más de las veces húmedas y cubiertas de pus y vegetantes, de donde ha nacido la confusión que hizo desconocer los caracteres diferenciales de las vegetaciones francas, las cuales no son sífilíticas, y de las granulaciones blandas sífilíticas. Cuando no son tratadas, las placas mucosas persisten por muchos meses, y después curan por sí mismas. Bajo la influencia del tratamiento desaparecen prontamente. Se deprimen primero, se marchitan, se secan y queda una mancha ó mácula, que se desvanece más tarde. La placa

(1) Deville et Davasse, *Archives de médecine*, 1845.

mucosa puede ulcerarse y algunos autores describieron á parte las placas mucosas y las ulceraciones de las mucosas; pero es la misma afeccion vista bajo aspectos diferentes, ó en diferentes períodos.

Las *mdculas* de las membranas mucosas deben colocarse entre los accidentes del mismo órden, aparezcan de pronto ó consecutivamente á las placas mucosas. Se las encuentra principalmente en los bordes de la lengua y son manchas redondeadas de un blanco lechoso. Algunas veces ocupan la comisura de los labios y la cara interna de los carrillos; encontrándolas con mas frecuencia en los fumadores. Son sumamente tenaces y en ocasiones no desaparecen, cualquiera que sea el tratamiento empleado.

26. ESTRECHEZ SIFILÍTICA DEL RECTO Y DEL ESÓFAGO.

Con motivo de ocuparnos de la sífilis de las membranas mucosas, diremos algunas palabras de un accidente consecutivo á las manifestaciones sifilíticas del esófago y del recto.

Estrechamiento del recto.—Gosselin fué el que mas ha llamado la atención de los médicos sobre las estrecheces sifilíticas del recto (1), accidente que habia sido indicado por Morgagni, Rayer, Lagneau y Baumés; tambien Børensprung, en 1855, y Leudet (2) han publicado muchos hechos de este género.

El *ano* es el sitio de vegetaciones y de tumores hipertróficos de las papilas del dermis; la mucosa anal está roja y mamelonada y es el asiento de una flegmasia crónica; encontrándose á veces trayectos fistulosos. La estrechez puede ser tal que no permita entrar el dedo, y se halla situada habitualmente á 4 ó 5 centímetros por encima del ano; constituyéndola una transformación fibrosa con atrofia de la mucosa é hipertrofia de la capa muscular. La supuración es un fenómeno constante, y existe suma dificultad en verificar la defecación y dolor excesivo. El tratamiento debe ser á la vez general y local; siendo necesario practicar el desbridamiento y colocar mechas para sostener la dilatación.

Estrechamiento del esófago.—Follin (3) ha encontrado muchos casos de estrechez del esófago, que podian referirse á la sífilis, hecho que hasta entonces apenas habia sido indicado, ni tampoco sospechado por los sifilógrafos. Follin refiere dos casos de disfagia esofágica con sífilis, en uno de los cuales existia una psoriasis palmar, y el enfermo ha curado sin tratamiento local; y en el otro las lesiones eran mas profundas, cicatriciales, y la curación, á pesar del uso de la sosa, ha sido incompleta.

(1) Gosselin, *Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum* (Archives de méd., 1854) et *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, art. ANUS. Paris, 1864, t. II.

(2) Leudet, *Moniteur des sciences*, 1860.

(3) Follin, *Arch. gén. de méd.*, 1853.

27. ADENITIS SIFILÍTICA.

Con este nombre es necesario comprender los infartos crónicos y generalizados de los gánglios linfáticos, fenómeno constante, pero mas ó menos predominante en la sífilis constitucional. Sigmund ha consagrado un capítulo especial á este estado diatésico. Esta cuestión debe estudiarse principalmente á título de elemento de diagnóstico. Segun lo hemos manifestado mas arriba, se ven indurar los gánglios, al mismo tiempo que se manifiestan los accidentes de la sífilis secundarias, precisando Bazin y Cullerier que este infarto es consecutivo á las erupciones: pero la opinion mas generalmente admitida, es que esta adenitis no es consecutiva y que sobreviene de pronto. Los gánglios cervicales posteriores son principalmente los que forman esta pleyada tan preciosa para el diagnóstico de la sífilis. El infarto de los gánglios, ya cervicales, ya axilares ó inguinales, no tiende á la supuración, pero persiste por un tiempo indefinido, y no se modifica sensiblemente por el tratamiento.

28. ALOPECIA SIFILÍTICA.

La alopecia, ó caída de los cabellos y de los pelos, puede presentarse en diferentes períodos de la evolución sifilítica. Este fenómeno se manifiesta algunas veces desde el principio de los accidentes secundarios, antes de la roseola misma. Los pelos caen, y la mas ligera tracción basta para arrancarlos. La alopecia puede afectar solo á los cabellos; pero se observa á veces en todas las regiones provistas de pelos, cejas, pestañas, pubis, barba y pelos de los miembros. Hay casos raros de alopecia general. Por mucho tiempo se ha considerado la caída precoz de los cabellos como un indicio de sífilis. Los cabellos pierden su lustre y flexibilidad, quedando sin brillo, secos y quebradizos. Esta caída de los cabellos sobreviene rápidamente y se generaliza las mas de las veces, atacando al mismo tiempo todas las partes del cuero cabelludo, aun las regiones inferiores y laterales que respeta la calvicie sénil. En algunas ocasiones, despues de una alopecia rápida y que invade casi todos los cabellos, estos vuelven á nacer casi tan abundantes como antes; sucediendo entonces lo mismo que á consecuencia de ciertas enfermedades agudas, la fiebre tifoidea por ejemplo. Muchas veces la calvicie queda definitiva.

29. ONIXIS SIFILÍTICA.

Este accidente es escepcional, y consiste en una alteración de las uñas que se presenta en el período secundario de la sífilis y que tiene analogía con las lesiones sifilíticas de la piel. Langlebert describió el *onixis seco* y el *onixis húmedo*. Esta alteración se encuentra

frecuentemente en la sífilis de los recién nacidos. La uña se pone amarilla y deslustrada y quebradiza, ya en totalidad, ya en una de sus partes; de lo cual resulta una caída total ó parcial de la uña, y la que renace es muchas veces deforme. En algunas ocasiones hay inflamación del surco cutáneo de la uña y supuración abundante, en cuyo caso, la deformidad consecutiva es muy aparente.

30. IRITIS SIFILÍTICA.

La iritis pertenece á los períodos secundario y terciario de la sífilis, pero con mas frecuencia al secundario. Es un accidente que es importante reconocer á tiempo, primero como elemento de diagnóstico, y despues bajo el punto de vista del tratamiento que debe aplicarse inmediatamente. La iritis empieza las mas de las veces por dolores de cabeza (cefalalgia supra-orbitaria), fotofobia y lagrimeo. Los dolores son mas intensos por la noche. Hay algunas veces aberraciones de la vista, fenómenos subjetivos, moscas, fosfenos, etc. El globo del ojo está dolorido y experimenta una sensación de compresión; hay rubicundez de la conjuntiva, desarrollo vascular é inyección; el bulbo periquerático ó esclerotideo se hace muy manifiesto, el iris se modifica en su apariencia y en su color, y la pupila es menos movable, se estrecha y deja de ser redonda: este último signo tiene un gran valor. La coloración se altera de diferente manera, según el color normal del iris; el de color moreno, se pone rojo oscuro y el azul, verde: respecto al estrechamiento y á la forma de la pupila, no es regular. Beer creía que la iritis sífilítica se hallaba caracterizada por la forma oval y vertical de la pupila. Esta deformación resulta del depósito de exudatos plásticos, que se producen en el borde del iris y se retraen mas ó menos. Algunas veces se forman adherencias posteriores á la cápsula del cristalino, circunstancia que hace mas difícil el que el iris vuelva á su estado normal y deja en ocasiones una deformidad incurable.

M. Robert aconseja para determinar el sitio de la lesión del iris, someter la pupila á los diversos agentes que la hacen contraer ó dilatar. El lado que permanezca inmóvil, será el lado enfermo. El mismo autor dá la explicación siguiente de las variaciones que sobrevienen durante el curso de la iritis en la forma de la pupila; por de contado el punto adherente es invariablemente fijo y no sigue el movimiento de las demás partes. Si la porción móvil se dilata, de modo que revase hácia fuera el punto adherente, este punto formará eminencia en el campo pupilar; si la contracción lleva las partes móviles al nivel del punto adherente, la forma de la pupila será regular. Por último, si esta contracción aproxima las partes móviles al centro pupilar, en términos que revase el punto adherente, esta parte, saliente en el primer caso, se encontrará colocada en el vértice de un ángulo entrante.

La duración de la iritis sífilítica es por lo general bastante larga, pero el tratamiento la hace cesar en poco tiempo. El pronóstico no es grave á no ser en casos escepcionales y cuando se presenta alguna complicación, tal como abscesos, el hipopium, etc. Puede suceder que el iris quede deformado y que la visión sea por esto mismo interrumpida.

31. ACCIDENTES TERCIARIOS DE LA SIFILIS.

La sífilis no realiza fatalmente su tipo ideal, ni produce necesariamente todos los accidentes de que es capaz, ni siempre llega el período terciario, porque en la mayoría de casos desaparece mas pronto. A veces parece adormecida y no se manifiesta; y solo un accidente revela su presencia. Los accidentes terciarios dejan mas intervalos y son mas raros que los accidentes secundarios, pero son mas graves por la naturaleza de los productos morbosos y por la de los órganos que ataca. La sífilis secundaria superficial, á flor de la piel, apenas deja algunas impresiones en el dermis. La sífilis terciaria se introduce y se hunde en la profundidad de los tejidos, el esqueleto, las glándulas y las vísceras le pertenecen y pone directamente en peligro la vida. Se ha puesto en duda la necesidad de la sucesión de los accidentes en cierto orden, y según esta opinión no sería necesario que los accidentes secundarios hubiesen aparecido, para que se manifestasen los terciarios; pero la experiencia diaria demuestra que la aparición de los accidentes secundarios, antes de las lesiones profundas que se llaman terciarias, es una regla casi sin escepciones. Puede suceder que los accidentes secundarios sean combatidos con éxito y extinguidos prematuramente por el tratamiento, pero no han dejado de existir por eso en el tiempo oportuno; hay venéreos precoces y graves; pero son hechos escepcionales.

§ I.—Principio.

Pocas veces los accidentes terciarios aparecen antes del sexto mes, frecuentemente tiene lugar su aparición en una época mucho mas lejana del principio de la sífilis. Se citan los datos siguientes: diez, veinte y aun treinta años; no hay orden de sucesión en esta especie de accidente; sin embargo los hay que aparecen mas pronto que los demás, por ejemplo, el testículo sífilítico.

Entre los productos morbosos que pertenecen á la sífilis terciaria, el mas comun y el mas importante es el tumor gomoso, cuyos caracteres principales vamos á describir.

32. TUMORES GOMOSOS.

Los tumores gomosos ó gomas se han conocido desde los primeros

tiempos de la aparición de la sífilis; se les llama también *nodus sifilítico* ó tubérculos terciarios, y parecen afectar principalmente el tejido celular. Tardan bastante en presentarse, y según Ricord, jamás se les verá aparecer antes de pasar un año después del chancro; pueden manifestarse veinte años más tarde.

§ I.—Sitio.

Se desarrollan en todas partes donde hay tejido celular y las más de las veces se producen en el tejido celular sub-cutáneo y sub-mucoso, y en el dorso, los miembros, la boca, en el espesor de los carrillos, de los labios, en el velo del paladar y sobre la lengua.

§ II.—Número.

Pueden ser solitarios ó presentarse, por el contrario, numerosos, sin que por eso su cifra esceda jamás de cincuenta ó sesenta. Aquí, como para los accidentes secundarios avanzados, aparecen por tiempos.

§ III.—Síntomas.

Los gomas deben desaparecer por eliminación y por consiguiente ofrecen dos períodos que considerar: uno de formación y otro de destrucción. Al principio son de pequeño volumen, del tamaño de un guisante, después crecen lentamente, sin provocar ningún dolor ni reacción alguna y alcanzan un volumen que puede ser mayor que un huevo de gallina, pero rara vez esceden del de una nuez. Este volumen varía según la facilidad que el tumor encuentra para su desarrollo. Pediculados primero y adherentes á la piel, los gomas pierden poco á poco su movilidad y se adhieren íntimamente á los tejidos que los rodean y que dislocan; la piel se adelgaza y pone rubicunda, el trabajo de destrucción y de supuración se lleva á cabo y el reblandecimiento se verifica; entonces la piel se perfora y dá paso á un pus icoroso de consistencia gomosa, cargado de detritus orgánicos y mezclado con sangre. La eliminación del goma se efectúa por una abertura única ó por una serie de ojos, y después de la eliminación del goma, el desprendimiento de la piel y la destrucción de los tejidos subyacentes forman ulceraciones anfractuosas. Esta ulceración tiene mediana tendencia á la cicatrización, pero el tratamiento por el ioduro de potasio detiene felizmente el desarrollo de estos tumores y los lleva casi infaliblemente á la curación.

La estructura de los tumores gomosos ha sido objeto de trabajos interesantes: Virchow, Verneuil, Ch. Robin, Van Oordt (1) y The-

(1) Van Oordt, *Des tumeurs gommeuses*, thèse. París, 1859.

venet han dado descripciones de ellos. Robin, citado por Van Oordt, concibe de la manera que sigue la estructura de los tumores gomosos; los gomas en estado duro, es decir, en el período de crecimiento presentan un tejido resistente que se confunde con el tejido celular ambiente. La constitución histológica presenta los caracteres siguientes: se encuentra en ellos una gran abundancia de citoblastiones, los cuales forman las cuatro quintas partes de la masa y se hallan metidos en una sustancia amorfa, finalmente granulosa y semitransparente; no existe tejido celular y solo hay algunas fibras de tejido elástico.

Se encuentran también allí alguno que otro vaso capilar y algunos elementos fibro-plásticos. Los tumores más blandos y los más avanzados en su desarrollo son gelatiniformes y se encuentran en ellos los elementos descritos más arriba; pero la materia amorfa-granulosa, interpuesta entre los citoblastiones, es mucho más abundante y más trasparente: en estos tumores se encuentran también granulaciones grasosas abundantes y muy pequeñas. En resumen, estos gomas se parecen por su constitución á un cierto número de productos transitorios no organizados.

§ IV.—Diagnóstico.

El diagnóstico no ofrece dificultades serias para un práctico ejercitado, en este caso se alcanzará mucho con aguardar y se manifestará la tendencia á la eliminación, y si se hace una punción saldrá un líquido gelatiniforme denso y viscoso. El ioduro de potasio será un excelente medio de diagnóstico.

§ V.—Pronóstico.

Saca su gravedad del período avanzado de la sífilis y de la eminencia de otros accidentes terciarios, tales como cáries, necrosis ó exostosis: en los miembros ó en el tronco dos gomas forman heridas que molestan al enfermo y dejan cicatrices profundas. Los inconvenientes de este accidente son mucho más graves, si el goma tiene su asiento en la cara, en el velo del paladar ó en el carrillo y si produce una ancha perforación, que deja en pos de sí una deformidad ó una molestia difícilmente curable; tal será la perforación del paladar. La nariz puede destruirse en parte por un goma, y si está situado en la laringe, puede ocasionar los más graves accidentes y también la muerte.

33. SARCOCELE SIFILÍTICO.

Confundido por mucho tiempo con las enfermedades orgánicas con gran detrimento de los enfermos, el sarcocele sifilítico ha sido